Aus der Nervenklinik und Poliklinik der Universität Würzburg
Direktor: Professor Dr.med. O. Schrappe

ASPEKTE DER PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNGSSTRUKTUR AUS DER SICHT NIEDERGELASSENER NERVENÄRZTE UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG TEILSTATIONÄRER UND KOMPLEMENTÄRER EINRICHTUNGEN

Inaugural-Dissertation
verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von
Friedhold Hempfling
aus Treuchtlingen

Würzburg, den 1. Februar 1980

Aus der Nervenklinik und Poliklinik der Universität Würzburg
Direktor: Professor Dr.med. O. Schrappe

ASPEKTE DER PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNGSSTRUKTUR AUS DER SICHT NIEDERGELASSENER NERVENÄRZTE UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG TEILSTATIONÄRER UND KOMPLEMENTÄRER EINRICHTUNGEN

Inaugural-Dissertation
verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von
Friedhold Hempfling
aus Treuchtlingen

Würzburg, den 1. Februar 1980

Referent:	Professor Dr.med. O. Schrappe
Korreferent:	Professor Dr.med. H. Sattes
Dekan:	Professor Dr.med. K.-H. Wulf

Tag der mündlichen Prüfung: 21. Mai 1980

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg

Meinen Eltern

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543521_0100

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
I.	EINLEITUNG	1
II.	LITERATURÜBERSICHT	4
	1. Darstellung einzelner sozialpsychiatrischer Einrichtungen	4
	1.1. Teilstationäre Einrichtungen	6
	1.1.1. Tagesklinik	7
	1.1.2. Nachtklinik	12
	1.2. Flankierende bzw. komplementäre Einrichtungen	14
	1.2.1. Psychiatrische Übergangs- und Wohnheime	14
	1.2.2. Spezielle Dienste zur beruflichen Rehabilitation	17
	a) Beschützende Werkstätten	17
	b) Spezielle Rehabilitationszentren für psychisch Behinderte	18
	c) Beschützte Arbeitsplätze, Arbeitsplätze für Arbeitsversuche	19
	1.2.3. Spezielle ambulante Dienste	
	a) Fachambulanzen an Nervenkrankenhäusern	20
	b) Sozialpsychiatrischer Dienst	20
	1.2.4. Dienste für spezielle Patientengruppen	21
	a) Psychogeriatrische Einrichtungen	22
	b) Dienste zur Versorgung Suchtkranker	25
	1.2.5. Laienhilfe	28
	2. Sozialpsychiatrische Konzeptionen	30
	2.1. Die Struktur der psychiatrischen Versorgung in England und den USA	30
	2.1.1. England	30
	2.1.2. USA	34

Seite

2.2. Die psychiatrische Versorgungsstruktur in der BRD 38

2.2.1. Merkmale der aktuellen Versorgungsstruktur 39

2.2.2. Wesentliche Prinzipien sozialpsychiatrischer Innovationsbemühungen 42

a) Die Gemeindenähe der psychiatrischen Versorgung 43

b) Die Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung 44

c) Die Koordination aller psychiatrischen Dienste - psychosoziale Arbeitsgemeinschaften 49

3. Die Problematik der Bedarfsermittlung in der Psychiatrie 51

4. Effektivitätsuntersuchungen in der Psychiatrie 53

5. Die Stellung niedergelassener Nervenärzte zu sozialpsychiatrischen Einrichtungen 56

III. DARSTELLUNG UND DISKUSSION DER METHODE 59

1. Personenkreis und Gebiet der Untersuchung 59

2. Vorbereitung der Untersuchung 61

3. Methode der Befragung 62

4. Erstellung des Fragebogens 63

5. Durchführung der Untersuchung 66

6. Auswertung der Untersuchung 67

Seite

IV. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE 69

1. Die fünf Einrichtungen: Gemeindeclub, Übergangswohnheim, Rehabilitationseinrichtung für psychisch Behinderte, Tagesklinik und Sozialpsychiatrischer Dienst aus der Sicht niedergelassener Nervenärzte 69

1.1. Informiertheit über die fünf Einrichtungen 70

1.2. Bisherige Erfahrungen mit solchen oder ähnlichen Einrichtungen 72

1.3. Bereits bestehende Alternativen zu den fünf Einrichtungen 75

1.4. Bedarfseinschätzung für die fünf Einrichtungen 76

1.4.1. Bedarfseinschätzungen der Nervenärzte des Gesamtbefragungsraumes und der Nervenärzte des Würzburger Versorgungsbereiches 76

a) Absolutbedarf und durchschnittlicher Bedarf 76

b) Die Größenordnung der Bedarfseinschätzungen 80

1.4.2. Aufschlüsselung der Bedarfseinschätzungen nach Versorgungsregionen 83

1.5. Die von den Nervenärzten für die einzelnen Einrichtungen vorgesehenen Diagnosen 86

1.6. Beurteilung der relativen Vordringlichkeit der fünf Einrichtungen 86

2. Der Bedarf an verschiedenen Diensten zur Versorgung psychisch Kranker aus der Sicht niedergelassener Nervenärzte 88

2.1. Im gesamten Befragungsraum 88

2.2. Regional aufgegliedert 90

3. Vorschläge und Kritiken niedergelassener Nervenärzte bezüglich neuzuschaffender Einrichtungen zur psychosozialen Versorgung 99

Seite

V. DISKUSSION DER ERGEBNISSE 101

1. Die fünf teilstationären bzw. komplementären Einrichtungen 101

1.1. Informierheit über die fünf Einrichtungen 101

1.2. Bisherige Erfahrungen mit solchen oder ähnlichen Einrichtungen 102

1.3. Bereits bestehende alternative Einrichtungen 102

1.4. Bedarfseinschätzung für die fünf Einrichtungen 103

1.4.1. Bedarfseinschätzungen der Nervenärzte des Gesamtbefragungsraumes und der Nervenärzte des Würzburger Versorgungsbereiches 103

1.4.2. Aufschlüsselung der Bedarfseinschätzungen nach Versorgungsregionen 106

1.5. Die für die fünf Einrichtungen vorgesehenen Diagnosen 106

1.6. Beurteilung der relativen Vordringlichkeit der fünf Einrichtungen 108

2. Der Bedarf an verschiedenen Diensten zur Versorgung psychisch Kranker 109

3. Vorschläge und Kritiken bezüglich neuzuschaffender Einrichtungen zur psychosozialen Versorgung 110

VI. ZUSAMMENFASSUNG 112

VII. ANHANG 116

LITERATURVERZEICHNIS I - XVI

I. EINLEITUNG

Im Rahmen eines größeren Forschungsprojektes der Universitätsnervenklinik Würzburg bezüglich der Versorgung psychisch Kranker und des Bedürfnisses an teilstationären Behandlungsformen und komplementären Diensten im weiteren Einzugsbereich der Klinik fand eine Befragung aller in diesem Bereich niedergelassenen Nervenärzte statt.

Neben den in der vorliegenden Arbeit darzustellenden Inhalten hatte diese Befragung auch die Ausbildung niedergelassener Nervenärzte, die Struktur ihrer Praxis und die diagnostische Zusammensetzung ihrer psychiatrischen Klientel zum Gegenstand, weiterhin die Kommunikation zwischen ihnen und psychiatrischen Institutionen, ihre Sichtweise der Problematik der Einstellung der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken sowie ihre Erfahrungen bei der Behandlung von Neurosen.

Niedergelassene Nervenärzte bestreiten den weit überwiegenden Teil der ambulanten Versorgung psychisch Kranker. Ihre Klientel unterscheidet sich in ihrer diagnostischen Zusammensetzung deutlich von der stationärer Einrichtungen. Um diesen Erfahrungsbereich für Planung und weiteren Aufbau teilstationärer und komplementärer Einrichtungen nutzbar zu machen, erschien es sinnvoll, eine Bestandsaufnahme des Bedarfs an solchen Einrichtungen durchzuführen, wie er sich aus der Perspektive niedergelassener Nervenärzte darstellt.

Gerade die Verwirklichung zeitgemäßer sozialpsychiatrischer Konzepte erfordert ein hohes Maß an Kooperation zwischen den in der ambulanten und stationären Versorgung Tätigen. Im Sinne der Förderung dieser Kooperation interessierte neben der aktuellen Bedarfseinschätzung

auch der Informationsstand und die Stellung niedergelassener Nervenärzte bezüglich verschiedener psychosozialer Dienste.

So stellt diese Untersuchung nicht nur den Versuch der Ermittlung eines expertendefinierten Bedarfs dar; vielmehr sollte sie den Befragten auch ermöglichen, sich durch Anregungen, Vorschläge und Kritiken an der Entwicklung von Konzepten zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung zu beteiligen. Vergleichbare Untersuchungen gibt es im deutschen Sprachraum bisher nicht.

Die Methode des persönlich durchgeführten halbstrukturierten Interviews entspricht am ehesten der Intention dieser Untersuchung. Sie stellt einen Kompromiß dar zwischen quantitativer Auswertbarkeit und möglichst großem Spielraum zur individuellen Gestaltung durch den Interviewten.

Zur Zeit der Untersuchung bestanden in Würzburg bereits seit drei Jahren ein Gemeindeclub ("Mittwochclub"), getragen von der katholischen Hochschulgemeinde, und seit etwa einem Jahr in Neustadt/Main eine vom Caritasverband getragene Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke ("Haus St. Michael"). Im Aufbau befand sich ein Übergangswohnheim in Würzburg (Scanzonistraße), getragen vom "Würzburger Verein zur Förderung der Rehabilitation psychisch Kranker", das im November des Jahres 1979 bezugsfähig wurde. Im Zuge des Neubaus der Universitäts-Nervenklinik soll eine Abteilung für teilstationäre Behandlung eingerichtet werden. Entsprechend den Plänen des zuständigen bayerischen Staatsministeriums ("Aktionsprogramm psychiatrische Versorgung in Bayern", Stand Mai 1978) ist auch die Einrichtung eines Sozialpsychiatrischen Dienstes in Würzburg geplant.

Der erste Teil der Befragung hatte diese fünf Dienste zum Thema, und zwar einerseits diese konkreten, bereits bestehenden bzw. im Aufbau befindlichen, andererseits - und insbesondere für die weiter entfernt niedergelassenen Nervenärzte - diese fünf Dienste als "Typus" von Einrichtung. Es wurde gefragt nach der Informiertheit, nach bisherigen Erfahrungen mit solchen Einrichtungen, nach dem jeweils für diese Einrichtungen bestehenden Bedarf und nach der Einschätzung der Notwendigkeit dieser fünf Einrichtungen.

Im zweiten Teil der Befragung wurden die niedergelassenen Nervenärzte um eine Beurteilung des Bedarfs an einer Reihe weiterer psychosozialer Dienste bzw. Institutionen gebeten, sowie um Vorschläge und Kritiken bezüglich neuzuschaffender Einrichtungen zur Versorgung psychisch Kranker.

Entsprechend dem meist begrenzten Einzugsbereich psychiatrischer Einrichtungen bzw. Dienste waren erhaltene bedarfsbezogene Angaben sowohl für den gesamten Befragungsraum als auch regional auszuwerten.

Der Darstellung der Ergebnisse wird eine Literaturübersicht vorangestellt. Dort werden zum einen die wichtigsten in dieser Arbeit thematisierten sozialpsychiatrischen Einrichtungen definiert und ihnen zugrundeliegende umfassendere Versorgungskonzepte beschrieben. Zum anderen wird die Problematik von Bedarfsermittlung und Effektivitätsbeurteilung in der Psychiatrie erörtert, um den Stellenwert von Untersuchungen wie der vorliegenden sichtbar zu machen. Weiterhin wird auf die Stellung niedergelassener Nervenärzte zu sozialpsychiatrischen Konzepten eingegangen.

II. LITERATURÜBERSICHT

Es erscheint zweckmäßig, zunächst einen Überblick über die Aufgaben und Funktionen der wichtigsten sozialpsychiatrischen Einrichtungen zu geben, die Gegenstand dieser Untersuchung sind (Abschnitt 1), und sie in den Rahmen umfassenderer Versorgungskonzepte zu stellen (Abschnitt 2). Im Anschluß an diese Erörterungen wird auf die Problematik der Bedarfsermittlung in der Psychiatrie eingegangen, um den Rahmen sichtbar zu machen, in dem die vorliegende Untersuchung ihren Ort hat (Abschnitt 3). Einige Versuche, die Effektivität sozialpsychiatrischer Konzepte zu erforschen, werden in Abschnitt 4 zusammenfassend dargestellt. Der letzte Abschnitt (5) dieser Literaturübersicht hat die Stellung niedergelassener Nervenärzte zu solchen Konzepten zum Thema.

1. Darstellung einzelner sozialpsychiatrischer Einrichtungen

Die folgenden Ausführungen erheben nicht den Anspruch, eine vollständige Übersicht über sogenannte sozialpsychiatrische Einrichtungen zu vermitteln, die das klassische psychiatrische Versorgungssystem erweitern und neu strukturieren sollen. Vielmehr können nur die in der eigenen Untersuchung thematisierten Versorgungseinheiten aus der hierzu vorhandenen Literatur eine Definition finden. Entsprechend dem Modell- bzw. Experimentcharakter der meisten sozialpsychiatrischen Einrichtungen können solche Definitionen allerdings nur eine vorläufige Geltung beanspruchen.

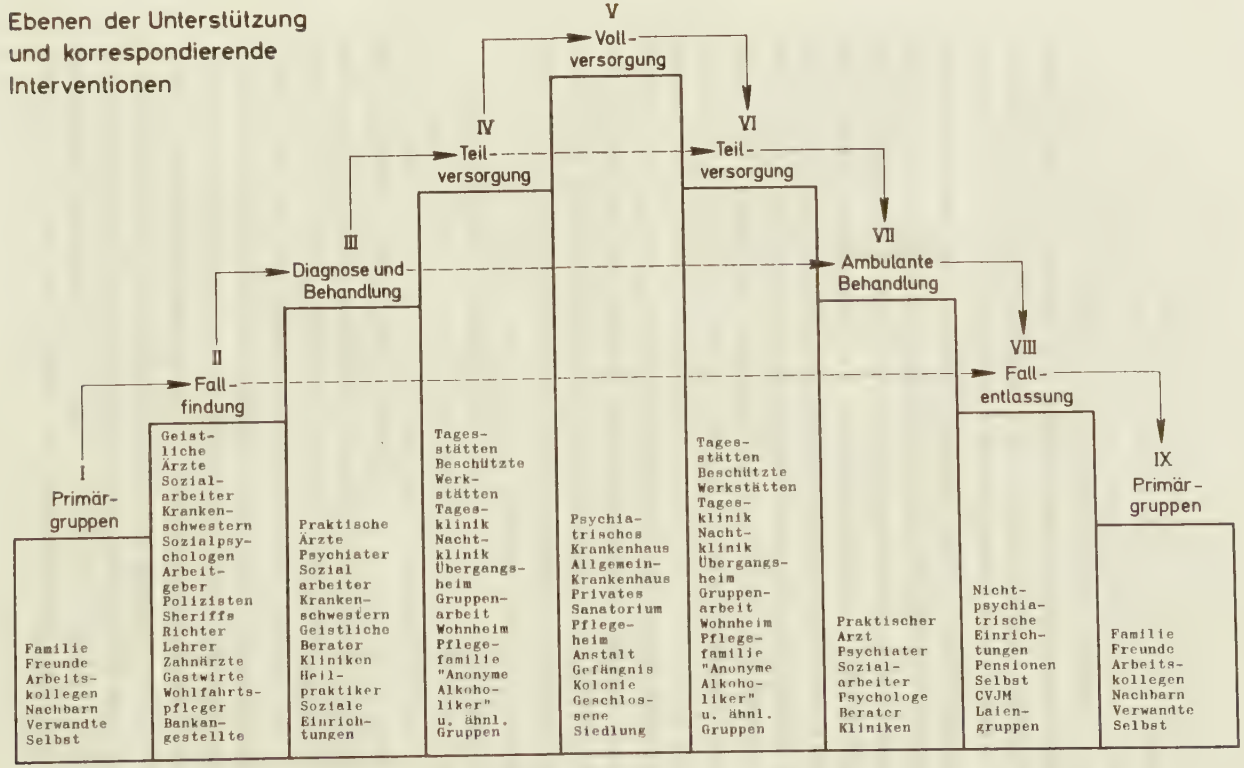


Abb. 1:
Gestuftes kontinuierliches Behandlungssystem nach Loeb (1969). Stufen I-IV: Ebenen der Prävention, Identifikation und Frühintervention; zunehmende Behandlungs- und Personalintensität. Stufen V-IX: Ebenen der Rehabilitation, Wiedereingliederung, Nachsorge und sekundären Prävention; abnehmende Behandlungs- und Personalintensität (nach Finzen 1975, 1977).

Einen Vorschlag zur Ordnung bestehender und im Rahmen der Sozialpsychiatrie geplanter bzw. bereits modellhaft funktionierender psychiatrischer Einrichtungen macht Loeb (1969). Er fügt das Spektrum der Einrichtungen zu einer "therapeutischen Kette" zusammen, die über verschiedene Ebenen der Versorgung bzw. Unterstützung bei der Primärgruppe beginnt und zur Primärgruppe zurückführt. Das in Abbildung 1 wiedergegebene Schema von Loeb (1969) ermöglicht eine Orientierung über den Ort, den einzelne Einrichtungen in einem kontinuierlichen Behandlungssystem finden können.

1.1. Teilstationäre Einrichtungen

Der Begriff "teilstationäre Einrichtungen" wird in der Literatur nicht einheitlich verwandt. Während beispielsweise Lorenzen und Reimer (1977) hierunter sowohl halbstationäre (Tages- und Nachtkliniken) als auch rehabilitative sowie Wohneinrichtungen subsummieren, führt Bauer (1977) unter diesem Begriff nur die halbstationären Einrichtungen Tages- und Nachtklinik an. Geht man davon aus, daß stationäre Behandlung als synonym mit klinischer bzw. Krankenhausbehandlung verstanden wird, erscheint letztere Auffassung sinnvoller, da von allen nicht vollstationären Einrichtungen nur die Tages- bzw. Nachtklinik ein der stationären Behandlung nahekommendes Behandlungsrepertoir anzubieten hat. Wir folgen deshalb Bauer (1977) und verstehen unter teilstationären Einrichtungen die Tages- bzw. Nachtkliniken, wogegen Wohn- und rehabilitative Einrichtungen den "flankierenden Einrichtungen" bzw. "komplementären Diensten" (Bericht 1975) zugeordnet werden.

1.1.1. Tagesklinik

Eine bündige Beschreibung der Tagesklinik geben Bosch u. Mitarb. (1971): "Tageskliniken sind halbstationäre Einrichtungen zur Behandlung seelisch Kranker, die sich nur tagsüber dort aufhalten, während sie Abend und Nacht im gewohnten familiären Milieu verbringen."

Die Tagesklinik scheint in der BRD unter den nicht vollstationären sozialpsychiatrischen Einrichtungen die umstrittenste zu sein (z.B. Bosch 1971; Bauer 1977), obwohl sie die vergleichsweise längste Tradition aufzuweisen hat. Auch hat sie sich als eigenständige Behandlungsform in der BRD bisher in nur eingeschränktem Maße etablieren können. Finzen (1974a) schätzt die Zahl der Tageskliniken in der BRD auf 24 mit etwa 300 - 400 Behandlungsplätzen und meint, daß sie nicht mehr als 2 - 3 % der stationären Behandlungsplätze ausmachen. Gegenwärtig gibt es nach Angaben von Milech (1978) etwa 40 Tageskliniken in der BRD.

Finzen (1977) nennt auch eine mögliche Ursache für die sich in diesen Zahlen ausdrückende noch geringe Bedeutung dieser Behandlungsform in der psychiatrischen Versorgung, wenn er meint, daß das "geringe Interesse an Behandlungseinrichtungen, die eine Nahtstelle zwischen klinischer und ambulanter Versorgung markieren, (...) in versicherungstechnischen und vor allem standespolitischen Schwierigkeiten begründet zu liegen" scheine.

Im Gegensatz zur BRD konnte sich die Tagesklinik als eigenständiges Behandlungskonzept in den USA, besonders aber in England durchsetzen (Day-Hospital). So hat sich die Zahl der Tageskliniken in den USA von 1963 bis 1972 verneunfacht, und es bestanden 1972 989 Tageskliniken, die immerhin 3 % aller Krankheitsepisoden versorgten

(v. Cranach 1975). Auch in Skandinavien, Holland und einem Großteil der sozialistischen Länder Europas haben Tageskliniken eine größere Bedeutung erlangt als in der BRD.

In England betrug bereits 1968 die Zahl der in einer Tagesklinik behandelten Patienten "fast ein Fünftel der Anzahl der vollstationären Patienten (19,2 %)"(Finzen 1974a). Darüber hinaus waren bereits 1972 entsprechend den offiziellen Versorgungsplänen 0,65 Tagesklinikplätze pro 1000 Einwohner vorgesehen bei nur 0,5 Betten pro 1000 Einwohner für stationäre Patienten (Finzen 1977).

Bei der Bestimmung von Aufgaben und Möglichkeiten der Tagesklinik ergeben sich Schwierigkeiten, da erhebliche Unsicherheit bezüglich der Indikationsfrage besteht, wie Bosch (1971) ausführt: Die Indikationen können extrem weit gefaßt sein, so daß die Tagesklinik als eine Institution gesehen wird, die alle psychischen Störungen behandeln und die vollstationäre Behandlung ersetzen kann. Sie können aber auch sehr eng gefaßt sein, so daß die Tagesklinik nur für die Behandlung leichterer psychischer Störungen vorgesehen wird oder für die Abschlußphase der Behandlung nach einem Krankenhausaufenthalt. Die Enquête-Kommission adoptiert eine eher weite Indikation mit ihrer Empfehlung, daß die Tagesklinik "über die gleichen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten verfügen (sollte) wie vollstationäre psychiatrische Krankenhauseinrichtungen" (Bericht 1975).

Unklarheit besteht auch hinsichtlich der Frage, ob eine Tagesklinik vorwiegend für die Behandlung seelisch akut Kranker oder aber für die Behandlung chronischer Patienten vorgesehen wird. Während erstere Möglichkeit z.B. von der Enquête-Kommission vertreten wird, tendiert man in England mehr zu der zweiten Version (Bauer 1977).

Entsprechend der unterschiedlichen Bestimmung der Indikationen für tagesklinische Behandlung bestehen uneinheitliche Konzeptionen von Tageskliniken, von denen im folgenden einige angeführt seien (nach Milech 1978):

- vorwiegend Behandlung von neurotischen Patienten (z.B. TK der Klinik der offenen Tür Stuttgart, Rheinisches Landeskrankenhaus Düsseldorf)
- vorwiegend Behandlung von psychotischen und postpsychotischen Patienten, insbesondere rehabilitationsbedürftigen Schizophrenen (z.B. TKen Tübingen, Zürich, Heidelberg)
- vorwiegend zur kurzzeitigen Krisenintervention bei neurotischen und psychotischen Patienten (z.B. TK Hamburg-Eppendorf)
- Behandlung aller Patienten, die üblicherweise auf offenen Stationen aufgenommen werden (z.B. TK Frankfurt)

Darüber hinaus sind Tageskliniken auch für spezielle Patientengruppen konzipiert worden, so z.B. Tageskliniken für psychogeriatrische Patienten (oft Tagesstätten genannt) (Irle 1974) und Tageskliniken für Alkoholiker (Fox u. Lowe 1968).

Einen Einblick in Arbeitsweise, Kapazität, Patientenpopulation und Therapieprogramm von Tagesbehandlungseinrichtungen vermittelt das Heft 1 der Psychiatrischen Praxis (1974), in dem 10 Tageskliniken an Universitäten, Landeskrankenhäusern und freigemeinnützigen Einrichtungen über ihre Erfahrungen und Probleme berichten. Dabei überwiegen Tageskliniken mit ca. 20 Behandlungsplätzen und einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 2 - 3 Monaten; weiterhin überwiegen die Übernahmen aus dem vollstationären Bereich die Direktaufnahmen.

Organisatorisch gesehen können Tageskliniken einerseits in enger Verbindung zu einem psychiatrischen "Mutterkrankenhaus" bestehen, wodurch sie deren ganzes Spektrum diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten zur Verfügung haben; sie können aber auch losgelöst und unabhängig von einem Mutterkrankenhaus arbeiten und so die emotionalen Konnotationen eines psychiatrischen Krankenhauses vermeiden (Daniels 1977).

Die Indikation zur tagesklinischen Behandlung wird eingeschränkt vor allem durch folgende Schwierigkeiten:
1. Die Patienten befinden sich nur etwa 24 % der Zeit unter tagesklinischer Kontrolle (Finzen 1977), wodurch die Behandlung suicidgefährdeter Patienten nur in Ausnahmefällen und möglichst bei Vorhandensein einer Wochenendklinik durchführbar ist. 2. Der Patient muß einigermaßen motiviert sein und eine wenigstens teilweise Krankheitseinsicht zeigen (v. Cranach 1975). 3. Die Belastungen der Angehörigen durch den Patienten sowie des Patienten durch das häusliche Milieu machen u.U. eine vollstationäre Aufnahme notwendig (v. Cranach 1975). 4. Die täglich erneute "Entlassung" und "Aufnahme" des Patienten (Bennett 1968) fordert eine ständige Aktivierung des Patienten bei der "Wiederaufnahme", was durchaus eine Belastung für Personal und Patienten darstellen kann, der vor allem akut Kranke oft nicht gewachsen sind (Finzen 1977). 5. Probleme schafft auch die für viele Patienten zu große Entfernung der Wohnung von der Tagesklinik, deren Einzugsbereich in der Literatur mit maximal etwa 25 km angegeben ist (z.B. Dörner u. Plog 1978).

Die Behandlung in der Tagesklinik weist gegenüber der vollstationären eine Reihe von Vorzügen auf, von denen im folgenden einige wesentliche stichpunktartig aufgeführt werden:

- Die Aufrechterhaltung der sozialen Beziehungen des Patienten (Dörner u. Plog 1978),
- Verminderung der Gefahr von Institutionalismus und Regression (Finzen 1977),
- Ermöglichen eines graduellen Übergangs von der vollstationären Krankenhausbehandlung zur Wiedereingliederung des Patienten in die Gemeinde (Lorenzen u. Reimer 1977),
- Abschwächung der negativen Konnotation des psychiatrischen Krankenhauses (Daniels 1977),
- Verkürzung oder Vermeidung der vollstationären Behandlung (Daniels 1977),
- Einbeziehen der aktuellen Probleme des Patienten aus seinen interpersonellen Beziehungen in die Behandlung (Daniels 1977),
- Entlastung des vollstationären Behandlungsbereiches durch Reduzierung der Anzahl der Behandlungsplätze, wodurch hier eine gezieltere und intensivere Behandlung schwer kranker Patienten möglich wird (Lorenzen u. Reimer 1977),
- Bedeutend ökonomischere Behandlungsform gegenüber der vollstationären Behandlung (Bauer 1977; Finzen 1977).

Gerade dadurch, daß sie mit dem Anspruch verbunden ist, die in der BRD noch "scharfe Grenze" (Finzen 1974a) zwischen stationärer und ambulanter Psychiatrie zu relativieren, hat es die Tagesklinik bisher schwer gehabt, sich als eigenständige Behandlungsform zu etablieren. Ihre Vorzüge machen sie jedoch zu einem wichtigen Glied in der "therapeutischen Kette" (Loeb 1969) und lassen die Tagesklinik zu einem auch für die nichtpsychiatrische Medizin zunehmend interessanten Behandlungskonzept werden (Hippius u. Kanowski 1974; Finzen 1974a; Dörner u. Plog 1978).

1.1.2. Nachtklinik

"Die Nachtklinik ist eine psychiatrische Einrichtung oder ein Teil einer solchen, in welcher in Arbeit stehende seelisch Kranke wohnen und behandelt werden. Die Nachtklinik ist eine halbstationäre Einrichtung von ausgesprochenem Übergangscharakter" (Bosch, Häfner u. Kulenkampff 1971).

Mit dieser Definition der Nachtklinik sind bereits wichtige Probleme angesprochen, die Angermeyer (1974) in einem Übersichtsreferat über die nachtklinische Behandlungsform anspricht: 1. zeigte sich bei einer Umfrage unter 21 Nachtkliniken, die Angermeyer (1974) referiert, daß in Hinblick auf das Beschreibungskriterium "ausgesprochener Übergangscharakter" erhebliche Abweichungen bestehen: 43.5 % der an einem Stichtag erfaßten Patienten befanden sich zwischen 3 und 12 Monaten, 28.8 % über ein Jahr in nachtklinischer Behandlung, einige sogar mehrere Jahre. 2. scheint auch das Definitionskriterium der Behandlung unterschiedlich verstanden zu werden. Während z.B. Lorenzen u. Reimer (1977) angeben, daß das Behandlungsangebot der Nachtklinik dem der Tagesklinik entspricht, zeigte sich in der oben erwähnten Umfrage, daß zwar alle der befragten Nachtkliniken Einzelberatung und Psychopharmakotherapie als Behandlungsform angeben; jedoch nur 7 von 21 haben Gruppentherapie im Behandlungsrepertoir, und nur 4 von 21 bieten ein strukturiertes Abendprogramm an. 3. wirft das Beschreibungsmerkmal "in Arbeit stehende psychisch Kranke" Probleme auf. Eine intensivere Behandlung, gerade auch in soziotherapeutischer Hinsicht, überfordert leicht den in Arbeit stehenden Patienten (Angermeyer 1974). Dieses Problem stellte sich bisher nur deshalb nicht in größerem Ausmaß, da die meisten Nachtkliniken in Universitätsstädten bestehen mit einer relativ hohen Quote an Studenten, deren Immatriku-

lation als Arbeitsfähigkeit interpretiert wird; in einem regionalisierten Versorgungssystem müßte jedoch die Quote berufstätiger Patienten steigen, die kaum in gleicher Weise wie Studenten relativ "ausgeruht" am Abend mit einer Konzentration erfordernden Therapie beginnen können (Bauer 1977).

Die angesprochenen Probleme erhellen, warum eine Abgrenzung der Nachtklinik vom Übergangswohnheim (s.a. S. 14) schwierig ist. Das Abgrenzungskriterium "Intensität der Betreuung" erscheint nach dem oben dargestellten tatsächlichen therapeutischen Angebot bestehender Nachtkliniken wenig brauchbar (Bauer 1977); ebenso entspricht die tatsächliche Betreuungsdauer kaum dem postulierten "ausgesprochenen Übergangscharakter" der Nachtklinik als vielmehr der entsprechenden Aufenthaltsdauer in einem Übergangswohnheim.

Insbesondere aufgrund der Schwierigkeiten von seiten der Kostenträger ist denn auch der weitere Ausbau von Nachtkliniken in eine Krise geraten (Bauer 1977), obwohl die Zahl der Nachtkliniken noch 1971 die Zahl der Tageskliniken deutlich übertraf (31 Nachtkliniken gegenüber 17 Tageskliniken) (Angermeyer 1974). Beispielsweise geht der Psychiatrie-Plan Baden-Württemberg davon aus, daß Behandlungsplätze in Übergangswohnheimen alternativ für Nachtklinikplätze verwendet werden können (Bauer 1977).

Ähnlich stellt sich die Situation in England und den USA dar. In England findet die Nachtklinik in administeriellen Plänen überhaupt keine Erwähnung mehr, stattdessen wird der Ausbau von Übergangswohnheimen und Wohnheimen vorangetrieben (Angermeyer 1974).

Bezüglich der Organisationsform von Nachtkliniken findet man erhebliche Unterschiede: Einmal können Nachtklinik-

Betten auf psychiatrischen Krankenstationen untergebracht sein, zum anderen kann die Nachtklinik weitgehend autonom innerhalb oder außerhalb des Krankenhausareals eingerichtet werden; drittens besteht die Möglichkeit einer nachtklinischen Abteilung innerhalb eines psychiatrischen Krankenhauses (Angermeyer 1974). Als besonders ökonomische Lösung ist die Nutzung der gleichen Einrichtung durch Tages- und Nachtkliniken anzusehen, wie sie beispielsweise in Halle/DDR (Dörner u. Plog 1978) oder in Leningrad (Volovik 1976) praktiziert wird.

Die Frage, ob der Nachtklinik als Behandlungskonzept in Zukunft überhaupt eine Chance zukommt, bejaht Angermeyer (1974). Er sieht ihre mögliche Aufgabe darin, als eine Art Spezialeinrichtung die Betreuung und Behandlung von besonderen Patientengruppen - etwa Schüler und Studenten oder Alkoholkranke - mitzutragen.

1.2. Flankierende bzw. komplementäre Einrichtungen

1.2.1. Psychiatrische Übergangs- und Wohnheime

Solche Einrichtungen dienen Patienten, die einerseits keiner voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung mehr bedürfen (Lorenzen und Reimer 1977), andererseits aber wegen mangelnder sozialer Kompetenzen oder wegen seelischer Behinderungen (noch) nicht in die Gemeinde integriert werden können. In der Literatur werden zwei verschiedene Typen solcher Heime unterschieden: Übergangsheime und Wohnheime. Sie sind mehr als Prägnanztypen mit zum Teil fließenden Übergängen aufzufassen.

In den eigentlichen Übergangsheimen bzw. Übergangswohnheimen ist die Aufenthaltsdauer zwar in der Regel länger als in Nachtkliniken, doch insgesamt begrenzt (Bauer 1973).

Die Patienten sollen bei der Aufnahme bereits arbeits- oder teilarbeitsfähig sein. "Atmosphäre, therapeutisches Programm und Tageslauf müssen ein schrittweises Unabhängigwerden von Fremdhilfe ermöglichen" (Dörner u. Plog 1978). Die Betreuung übernehmen in den meisten Fällen ausgebildete Pfleger/Schwestern, Sozialarbeiter oder auch Psychologen. Die medizinische Überwachung wird durch einen niedergelassenen Nervenarzt oder einen konsiliarisch tätigen Krankenhauspsychiater wahrgenommen. "Wegen des besseren Arbeitsangebots sollte das psychiatrische Übergangswohnheim möglichst in einem Ballungsgebiet liegen" (Lorenzen u. Reimer 1977). Von einigen Autoren werden Übergangswohnheime der geschilderten Art als mögliche Alternative zu Nachtkliniken gesehen (z.B. Bauer 1977).

Im angelsächsischen Raum haben sich die Übergangswohnheime (dort meist halfway houses, seltener auch quarterway houses genannt) schon früher durchsetzen können, etwa seit Mitte der 50er Jahre. Eine in den Vereinigten Staaten durchgeführte Studie über alle 1973 existenten halfway houses ergab unter anderem folgendes: Die Hauptpatientengruppe war zwischen 25 und 44 Jahre alt. 25 % der Patienten wurden direkt, ohne die Vermittlung einer stationären Einrichtung aufgenommen. 25 % der Patienten hielten sich länger als zwei Jahre in einem halfway house auf, ein gutes Drittel zwischen einem halben und zwei Jahren, etwa 35 % weniger als sechs Monate. Nach Verlassen des halfway house lebten 41 % unabhängig, 25 % mit Verwandten oder Freunden, 11 % in beschützenden Einrichtungen. Nur 17 % wurden in ein Krankenhaus verlegt (Feldman u. Davidoff 1977).

Die Wohnheime dienen zur unbefristeten Aufnahme von chronisch psychisch Kranken sowie seelisch und geistig Behin-

derten, die auf absehbare Zeit keine freie Arbeitsfähigkeit und/oder keine freie Wohnfähigkeit erwarten lassen, jedoch auch keiner intensiven medizinischen Behandlung bedürfen. Es wird ihnen eine beschützte Umwelt für den Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich im Rahmen eines weitgehend Selbsthilfe fördernden Konzeptes geboten. Ziel ist auch für diese Gruppe kranker Menschen, den Bereich der Teilnahme am Gemeindeleben auszudehnen. Die Betreuung sollte durch ausgebildetes Personal ähnlich wie in den Übergangswohnheimen erfolgen (Lorenzen u. Reimer 1977). Eine enge Verbindung zur Gemeinde sollte über Laienhilfeorganisationen etc. angestrebt werden.

Als weitere Stufe bei der Integration psychisch Kranker und Behinderter (ohne enge Kontakte zu Angehörigen) in die Gemeinde gilt die Unterbringung in Wohngruppen oder Wohngemeinschaften. "Hier können Patienten, die ein Zusammenleben im Heim ausprobiert haben, (...) gemeinsam in einem normalen Mietverhältnis wohnen, sich gegenseitig helfen und so die psychiatrische Versorgungsbedürftigkeit gegen eine normale Teilnahme am Gemeindeleben eintauschen" (Dörner u. Plog 1978).

Fremdhilfe konzentriert sich auf gelegentliche Besuche einer Fachkraft oder auf Betreuung durch Laienhilfeorganisationen, z.B. einen Gemeindeclub (Lorenzen u. Reimer 1977).

Die psychiatrischen Übergangswohnheime und Wohnheime sind als notwendige Ergänzung des voll- und teilstationären Behandlungsangebots allgemein anerkannt. Bei ausreichender materieller und personeller Ausstattung verbessern sie einerseits die Situation für eine große Gruppe psychiatrischer Patienten, entlasten andererseits die psychiatrischen Großkrankenhäuser. Es sollte jedoch nicht unerwähnt bleiben,

daß die Verlegung in solche Einrichtungen auch erhebliche Fehlentwicklungen mit sich bringen kann, wie Kunze (1977 a) vor allem anhand der Entwicklung in den USA nachweist. "... In den USA (wurde) ein Großteil der chronisch psychisch Kranken und Alten aus den Großkrankenhäusern in mindestens ebenso hospitalismusfördernde Wohn- und Pflegeheime oder gar Slumunterkünfte umgeschichtet und verschwand damit aus dem Gesichtskreis der Psychiatrie" (Kunze 1977 a). Aufgrund einer eigenen Untersuchung im Einzugsbereich des PLK Weinsberg warnt er vor ähnlichen Entwicklungen auch in Deutschland (Kunze 1977 b).

1.2.2. Spezielle Dienste zur beruflichen Rehabilitation

In der Psychiatrie umfaßt Rehabilitation alle Maßnahmen und Leistungen, die geeignet sind, psychisch Kranke und Gestörte, geistig und seelisch Behinderte möglichst auf Dauer in Arbeit, Schule, Ausbildungsstätte, Beruf und Gesellschaft einzugliedern.
Im Bereich der beruflichen Rehabilitation ist in diesem Sinne eine Kette von Arbeitsstätten zweckmäßig, die den abgestuften Übergang von der stationären Beschäftigungs- und Arbeitstherapie über intra- und extramurale Rehabilitations- und Trainingswerkstätten, geschützte und halbgeschützte Arbeitsplätze bis zum normalen Arbeitsplatz ermöglicht (Ciompi u. Mitarb. 1977). Aus dieser Reihe von Einrichtungen sollen hier drei näher besprochen werden: Beschützende Werkstätten, spezielle Rehabilitationszentren für psychisch Behinderte und beschützte Arbeitsplätze.

a) Beschützende Werkstätten

In beschützenden Werkstätten wird produktive Arbeit unter Bedingungen verrichtet, die auf die jeweilige Behinderung des Kranken Rücksicht nehmen, um unangemessene Anforderun-

gen oder Gefährdungen an einem normalen Arbeitsplatz zu vermeiden (Lorenzen u. Reimer 1977).
Beschützende Werkstätten können zum einen als stufenweise Vorbereitung für eine vollständige Wiedereingliederung in den Beruf dienen, zum anderen für eine Reihe von Patienten, die auf dem freien Arbeitsmarkt nicht mehr zu vermitteln sind, als dauerhafte Arbeitsstätte (Bauer 1977). Folgende Gesichtspunkte sind u.a. von Bedeutung (Dörner u. Plog 1978):

- die Stufung in Eingangs-, Trainings- und Produktionsstufe;
- die regionale Verteilung kleinerer Werkstätten im Verbund;
- die leistungsgerechte Entlohnung, wobei die Sozialgesetzgebung hier noch Probleme aufwirft;
- die therapeutische Qualifikation des Personals, das aus speziell ausgebildeten Werktherapeuten und Pflegern bestehen sollte;
- die Unterscheidung der Behinderungsarten. So ist zu beachten, daß - im Gegensatz zum geistig Behinderten - für den seelisch Behinderten Arbeit nicht so sehr als Fertigkeit, sondern als soziale Handlung ein Problem ist. Gerade an speziellen Werkstätten für seelisch Behinderte besteht ein Mangel, während für geistig Behinderte durch die "Lebenshilfe" in den letzten Jahren eine große Anzahl von Einrichtungen geschaffen wurde (Bauer u. Mitarb. 1976).

b) Spezielle Rehabilitationszentren
für psychisch Behinderte

Solche vollstationären Einrichtungen unterscheiden sich von beschützenden Werkstätten durch ein vielfältigeres Angebot an soziotherapeutischen und arbeitstherapeutischen Möglichkeiten und durch eindeutigere Ausrichtung

auf soziale und vor allem berufliche Rehabilitation, wodurch sich allerdings auch die Indikation einschränkt. Einrichtungen dieser Art existieren in der Bundesrepublik noch nicht lange, so auch die Reha-Einrichtung Neustadt/Main, die mit Gegenstand unserer Untersuchung ist. Als vorbildliche spezielle Rehabiliationsklinik für chronisch schizophrene Kranke wird das St. Wulstan's Hospital in Mittelengland beschrieben (Dilling 1972).

c) Beschützte Arbeitsplätze, Arbeitsplätze für Arbeitsversuche

Eine beschützende Werkstatt oder ein Reha-Zentrum sollten über Arbeitsplätze für Arbeitsversuche in den umliegenden Betrieben verfügen können. Solche sind von öffentlichen oder privatwirtschaftlichen Arbeitgebern in Einzelfällen bereits eingerichtet worden (Lorenzen u. Reimer 1977). Zu berücksichtigen ist, daß Behinderte am Arbeitsplatz über längere Zeit einer therapeutischen Bezugsperson bedürfen (Dörner u. Plog 1978).

1.2.3. Spezielle ambulante Dienste

Unbestritten ist, daß eine sinnvolle soziale und berufliche Rehabilitation neben dem unter 1.2.1. und 1.2.2. geschilderten gestuften Wohn- und Arbeitsangebot auch über ambulante Dienste zur Nachsorge und Nachbehandlung verfügen sollte (z.B. Ciompi u. Mitarb. 1977). Die Frage jedoch, wer diese Aufgabe zu übernehmen habe, wird in der Bundesrepublik wegen der scharfen Trennung zwischen ambulantem und stationärem Bereich noch nicht einheitlich beurteilt. Gestützt auf Untersuchungen von Dilling u. Weyerer (1975), sowie Bosch und Pietzcker (1975), stellte die Enquête-Kommission fest, "daß die nervenärztliche Praxis die Nachsorge nicht gewährleisten kann". Zur Schließung dieser Lücke in der ambulanten Versorgung eines Teils der psychisch Kranken schlug sie ein mobiles Behandlungsteam

vor, das außer von Ärzten auch von Sozialarbeitern, Schwestern und Psychologen getragen werden sollte. Die Enquête-Kommission wollte diese ambulanten Dienste an Krankenhauseinrichtungen nicht als Konkurrenz, sondern als Ergänzung zu den niedergelassenen Nervenärzten verstanden wissen (Bericht 1975).

Im Zwischenbericht zum "Aktionsprogramm psychiatrische Versorgung in Bayern" (1978) werden zwei Arten von Einrichtungen vorgeschlagen:

a) Fachambulanzen an Nervenkrankenhäusern und

b) Sozialpsychiatrische Dienste, die primär in der Trägerschaft freier Wohlfahrtsverbände stehen sollen.

Beide Arten von Einrichtungen sollen neben der Nachsorgefunktion auch eine Vorschalt- bzw. eine Vorfeld-Funktion haben.

a) Fachambulanzen an Nervenkrankenhäusern

Sie sollen folgende Aufgaben erfüllen:

- Ambulante Diagnostik und Therapie als Vorschaltfunktion zur Vermeidung unnötiger Krankenhausaufnahmen,
- Ambulante medizinische Nachbetreuung entlassener Krankenhauspatienten, soweit diese nicht durch niedergelassene Ärzte sichergestellt wird,
- Sozialpsychiatrische Betreuung entlassener Krankenhauspatienten mit dem Ziel, wiederholte Aufnahmen zu verhindern und Krankenhausentlassungen zu einem früheren Zeitpunkt zu ermöglichen.

b) Sozialpsychiatrischer Dienst

Dieser sollte folgende Aufgaben wahrnehmen:

- Früherkennung von eventuellen psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten,

- Beratung bei psychischen Auffälligkeiten,
- Vermittlung an ambulante und stationäre Einrichtungen zur Diagnostik und Therapie,
- Begleitende und nachgehende sozialpsychiatrische Betreuung,
- Betreuung von Personen in geschützten Wohnungen und Wohngruppen und am Arbeitsplatz,
- Organisation und Durchführung von Freizeit- und Erholungsmaßnahmen für psychisch Kranke,
- Gewinnung und Schulung von Laienhelfern,
- Koordinierung der sozialpflegerischen Betreuung durch Dienste der Alten-, Kranken-, Haus- und Familien-Pflege.

Sozialpsychiatrische Dienste sollten zunächst in allen psychiatrischen Versorgungsgebieten errichtet werden, später evtl. auch in jeder Kreisstadt. Sie sollten konsiliarisch von einem Facharzt betreut werden und einen Sozialarbeiter sowie einen Psychologen beschäftigen.

Das hier entsprechend dem "Aktionsprogramm psychiatrische Versorgung in Bayern" (1978) dargestellte Konzept ist in dieser Form noch nicht verwirklicht. Über ähnliche Einrichtungen in Hannover berichtet Bauer (1977); über den sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes Berlin liegen Erfahrungsberichte von Fähndrich (1973) und Dettmering (1973) vor.
Seit längerem schon existieren sozialpsychiatrische Dienste in der DDR (Gropler u. Becker 1965).

1.2.4. Dienste für spezielle Patientengruppen

In diesem Rahmen soll nur exemplarisch auf zwei Teilbereiche eingegangen werden: die psychogeriatrische Versorgung und die Versorgung Suchtkranker.

a) Psychogeriatrische Einrichtungen

Die Versorgung psychisch erkrankter alter Menschen wird übereinstimmend in der Literatur als besonders problematischer Versorgungsbereich geschildert (z.B. Bergener u. Mitarb. 1974; Hippius u. Kanowski 1974; Bericht 1975).

In der ambulanten Diagnostik und Therapie sind Alterspatienten absolut und relativ gegenüber jüngeren unterrepräsentiert, obwohl das Morbiditätsrisiko bei ihnen höher ist. Hippius und Kanowski (1974) führen das zumindest teilweise darauf zurück, daß Exploration und Untersuchung gerade bei Alterspatienten viel Zeit erfordern, eine Leistung, die von niedergelassenen Nervenärzten, die fast ausschließlich für die ambulante Versorgung zuständig sind, nicht immer aufgebracht werden kann.

Wegen der engen Verbindung von psychischen mit somatischen und sozialen Störungen gerade im Alter ist eine enge Kooperation in Form eines multiprofessionellen Versorgungs-Teams erforderlich, die bisher nur in den wenigsten Fällen verwirklicht ist (z.B. Gerontopsychiatrische Poliklinik und Beratungsstelle Berlin)(Hippius u. Kanowski 1974).

Die stationäre Versorgung bietet ebenfalls ein wenig ermutigendes Bild. In den meist überfüllten geriatrischen Stationen und Abteilungen der psychiatrischen Landeskrankenhäuser überwiegt kustodiale Pflege; wegen der sehr großen Einzugsbereiche bedeutet die Einweisung für den Patienten selbst oft den Abbruch aller Beziehungen zu Familie und Freunden (Hippius u. Kanowski 1974). Ein nicht zu unterschätzender Prozentsatz der Bewohner von Alten- und Altenpflegeheimen ist psychiatrisch behandlungsbedürftig. Diese erfahren jedoch größtenteils keine fachgerechte pflegerische und ärztliche Betreuung (Bergener u. Mitarb. 1974;

Hippius u. Kanowski 1974). Teilstationäre gerontopsychiatrische Einrichtungen bestehen in der Bundesrepublik, von einigen ersten Ansätzen abgesehen (z.B. psychogeriatrische Tagesstätte in Remscheid (Irle 1974)), keine.

Angesichts dieser Situation werden von Hippius und Kanowski (1974) in Anlehnung an die Enquête-Kommission (Bericht 1975) folgende Maßnahmen vorgeschlagen:

1) Bildung von gerontopsychiatrischen Funktionseinheiten in Psychiatrischen Landeskrankenhäusern, die personell und räumlich in die Lage versetzt werden sollten, aktivierende Pflege mit rehabilitativen Zielen zu betreiben und/oder Einrichtung entsprechender Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

2) Umwandlung der jetzigen Pflegeheime in Krankenheime mit regelmäßigem psychiatrischem Konsiliardienst und ausreichendem aktivierendem Pflegeangebot.

3) Einrichtung "psychogeriatrischer Zentren", bestehend aus Ambulanz, Tagesklinik und kleiner vollstationärer Einheit mit den Aufgaben:
   - rechtzeitige und multidimensional orientierte Diagnostik und Intensivtherapie im akuten Erkrankungsfall
   - Koordination der Patientenverteilung.

Einen Eindruck von der möglichen Koordination der verschiedenen geriatrisch-psychiatrischen Institutionen im Rahmen dieses Konzepts gibt Abb. 1.2.4. a (Hippius u. Kanowski 1974).

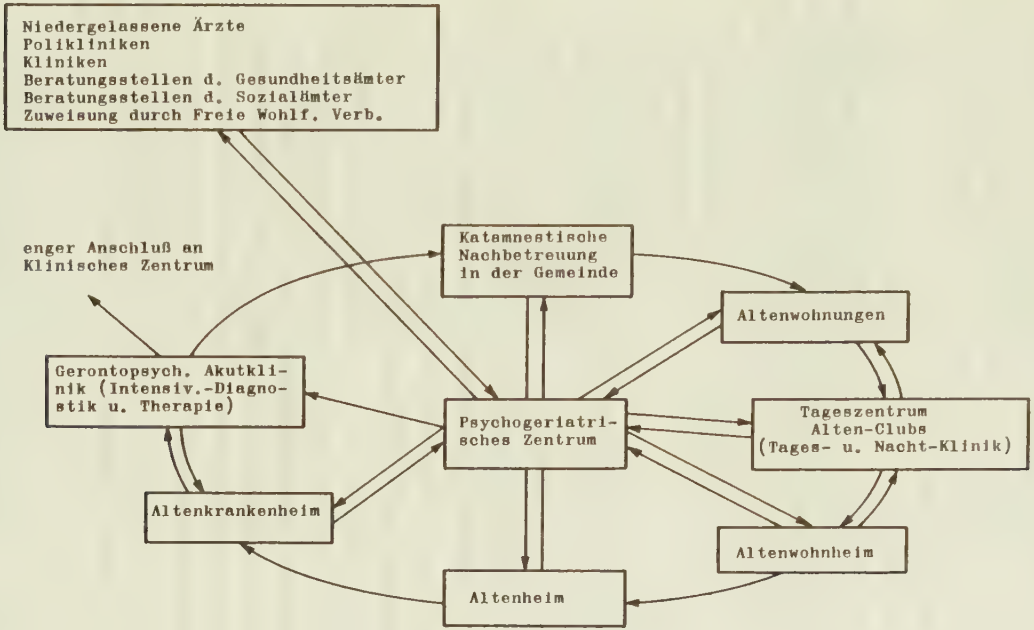


Abb. 1.2.4.a:
Koordination geriatrisch-psychiatrischer Institutionen (nach Hippius u. Kanowski 1974)

b) Dienste zur Versorgung Suchtkranker

Der seit dem 2. Weltkrieg in Deutschland zunehmende Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmißbrauch und die immer noch geringe Effektivität der therapeutischen Bemühungen (Bericht 1975) lassen eine Reform dieses Versorgungsbereiches dringend notwendig erscheinen. Hervorgehoben wird der Mangel sowohl an ambulanten Diensten als auch an stationären Spezialeinrichtungen und Übergangs- bzw. Dauerwohnheimen für chronisch Suchtkranke (Huhn 1975); in der Mehrzahl der Behandlungsfälle werden nur Entgiftungen ohne die notwendigen Entwöhnungen durchgeführt (Schrappe 1968).

Wie im gesamten Bereich der psychiatrischen Versorgung, wird auch auf dem Gebiet der Suchtkrankenbehandlung ein Netz von ineinandergreifenden Einrichtungen gefordert, die eine dem jeweiligen Zustand optimal angepaßte Behandlung erlauben (Solms 1975; Feuerlein 1975; Bericht 1975). Solche integrierte und koordinierte regionale Versorgungssysteme für Suchtkranke existieren in der Bundesrepublik erst in Ansätzen; in England sind sie schon seit längerem eingeführt (Glatt 1975), ebenso in mehreren Kantonen der Schweiz (Solms 1975).

Die wesentlichen Bestandteile der Therapie- und Rehabilitationskette für Suchtkranke sollen im folgenden kurz geschildert werden (s.a. Abb. 1.2.4.b):

- Ambulantes Behandlungszentrum (oder Fachambulanz). Neben der Früherfassung und Weiterleitung an stationäre Einrichtungen sowie der Weiterbehandlung Klinikentlassener sollte es der "langfristigen ambulanten Behandlung, Betreuung und sozialen Rehabilitation aller jener Patienten (dienen), die in ihrem Lebensmilieu verbleiben, weil sie ein Mindestmaß an Eigeninitiative besitzen und fähig sind, aktiv an ihrer Wandlung mitzuarbeiten" (Solms 1975).

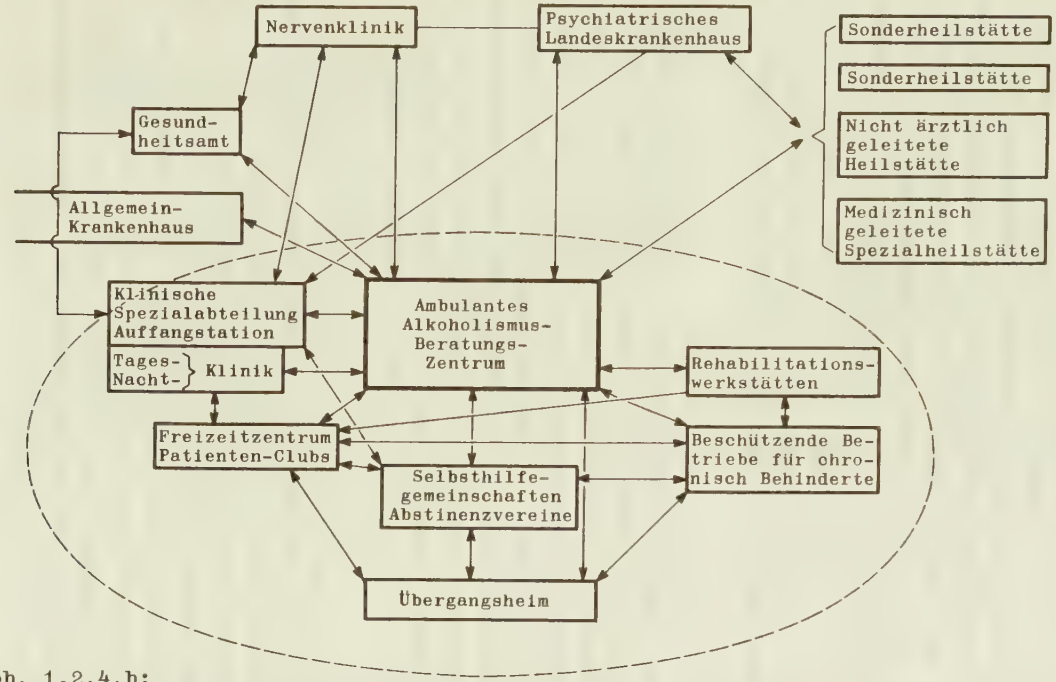


Abb. 1.2.4.b:
Therapie- und Rehabilitationskette für Alkoholkranke (Gesamtbehandlungsprogramm für städtische Verhältnisse). Die Kontakte mit Familie, Freundeskreis, Arbeitsplatz, Hausarzt, Betriebsärzten usw. sind mangels Platz weggelassen (Klin. Spezialabteilung u. Spezialheilstätte = Suchtfachkliniken) (nach Solms 1975)

- Fachklinik, entweder als Spezialabteilung eines Allgemeinkrankenhauses bzw. psychiatrischen Krankenhauses oder als ärztlich geleitete Spezialheilstätte. Diese führt kurz- und mittelfristige mehrdimensional (somatisch, psychisch, sozial) ansetzende Intensivbehandlungen durch, um günstige Bedingungen für die anschließende ambulante Behandlung und Wiedereingliederung zu schaffen. Es hat sich bewährt, diesen Kliniken teilstationäre und Übergangseinrichtungen anzugliedern (Dörner u. Plog 1978; Fox u. Lowe 1968).
- Langzeitabteilung oder Pflegeheim für chronisch Abhängige mit schweren Persönlichkeitsschäden und organischen Defektsyndromen. Auch hier sind rehabilitative Bemühungen gelegentlich erfolgreich (Zeisel 1977).
- Selbsthilfeeinrichtungen: Patienten, die in einer Selbsthilfegruppe aktiv werden, haben größere und dauerhaftere Besserungschancen (Dörner u. Plog 1978). Deshalb sollten alle oben genannten Dienste Kontakte zu solchen Organisationen pflegen (z.B. Anonyme Alkoholiker, Blaues Kreuz, entsprechende Gruppen für Drogenabhängige).

Zu der (auch in der vorliegenden Untersuchung thematisierten) Frage, ob die Behandlung von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen durch gemeinsame oder getrennte Einrichtungen erfolgen sollte, wird in der Literatur keine einheitliche Meinung vertreten. Solms (1975) hält eine "Differenzierung der Behandlungseinrichtungen nach Abhängigkeit erzeugenden Suchtmitteltypen (für) wissenschaftlich nicht haltbar und praxisfremd". Er empfiehlt allerdings "gesonderte Rehabilitationsketten" für Jugendliche und Erwachsene wegen "erheblicher soziokulturell bedingter Unterschiede zwischen der Drogenszene und dem alkoholischen Milieu". Ähnlich differenziert ist auch die Stellungnahme der Enquête-Kommission (Bericht 1975). Relativ gesichert scheinen die Vorteile der integrierten Behand-

lung von Alkoholikern und Medikamentenabhängigen (Wieland 1976).

1.2.5. Laienhilfe

Im Rahmen sozialpsychiatrischer Konzeptionen kommt dem Einsatz von Laien zur Unterstützung präventiver therapeutischer und rehabilitativer Bemühungen eine große Bedeutung zu. Auch in der Bundesrepublik ist seit Ende der 60er Jahre eine Reihe von Laiengruppen gegründet worden, die sich der Betreuung psychisch Kranker widmen; so an psychiatrischen Landeskrankenhäusern z.B. in Weinsberg und Weißenau oder durch soziale Arbeitskreise von Hochschulgemeinden an Universitätsstädten wie Freiburg, Tübingen, München (Finzen 1975) und Würzburg.

Solche Laienhelfergruppen stellen keinen unmittelbaren "therapeutischen Anspruch" (Finzen 1975; Dörner u. Plog 1978). Ihre Arbeit dient nicht so sehr der Entlastung des professionellen Personals von Aufgaben im Rahmen der herkömmlichen Behandlung; vielmehr wird versucht, die Isolierung und Stigmatisierung der Patienten zu mildern und soziotherapeutisch wirksame Kontakte und Aktivitäten zu fördern. Das Spektrum möglicher Aktivitäten von Laienhelfern ist mit der Veranstaltung von Clubabenden, Übernahme von Patenschaften, Einladung in Familien, Hilfe bei der Suche von Arbeitsplatz und Wohnung oder einfach Besuchen und Gesprächen noch nicht ausgeschöpft.
Einen vollständigen Überblick zu Möglichkeiten und Grenzen der Einbeziehung von Laien in die psychosoziale Versorgung gibt Finzen (1975).

Im weiteren soll etwas näher eingegangen werden auf eine verbreitete Organisationsform der Laienarbeit, den sogenannten Gemeindeclub, auch Patientenclub oder psychia-

trischer Club genannt. Er setzt sich zusammen aus entlassenen Patienten, aber auch aus solchen, die sich in stationärer oder teilstationärer Behandlung befinden, aus interessierten Laien sowie aus Personen, die in der Psychiatrie tätig sind. Zweck des Gemeindeclubs ist die Herstellung zwischenmenschlicher Beziehungen, gemeinsame Freizeit- und Lebensgestaltung, gegenseitige Hilfe, Teilnahme am öffentlichen Leben der Gemeinde, gemeinsame Arbeit für bestimmte soziale Ziele (z.B. Spielzeugproduktion für einen Kindergarten) (Dörner u. Plog 1978).

Für die psychisch Kranken bietet er neben der Möglichkeit, in eine soziale Bezugsgruppe integriert zu werden, auch eine Art "Übungsfeld", da einerseits Verhaltensabnormitäten toleriert werden, andererseits aber durch die Gruppe Voraussetzungen für die Korrektur abnormer Verhaltens- und Erlebensweisen geboten werden (Michalak u. Mitarb. 1976). Er erlaubt auch einen weniger institutionalisierten, zwanglosen Kontakt zu Ärzten und Sozialarbeitern (Lorenzen u. Reimer 1977). Für einige Patienten wird der Gemeindeclub die hier genannten Funktionen auf Dauer erfüllen, für andere den Übergang zu reinen Selbsthilfegruppen oder zur vollständigen Reintegration in die Gemeinde bilden. Schließlich wird verschiedentlich betont, daß Gemeindeclubs auch eine Form langfristig wirksamer Öffentlichkeitsarbeit sind, indem sie Laien die Möglichkeit bieten, sich ein realistisches Bild von psychisch Kranken zu machen (Finzen 1975).

Die Art und das Ausmaß der Zusammenarbeit zwischen psychiatrischen Diensten und Laienhelfern wird sehr unterschiedlich gehandhabt und ist durchaus nicht unproblematisch, "denn oft beschreiten die psychiatrischen Laien ihre eigenen Wege, die in den Augen der Fachleute als nicht kunstgerecht, naiv oder geradezu gefährlich er-

scheinen" (Finzen 1975). Wohl auch aus diesem Grund wird allgemein eine regelmäßige Betreuung durch professionelles Personal befürwortet (Michalak u. Mitarb. 1976; Finzen 1975).

2. Sozialpsychiatrische Konzeptionen

Mit den Begriffen "gemeindenahe Psychiatrie" bzw. "sektorisierte psychiatrische Versorgung" sind Versuche umschrieben, die vorstehend thematisierten sozialpsychiatrischen Einrichtungen zu einem umfassenden und kontinuierlichen psychiatrischen Versorgungssystem zu integrieren, in dem die Gesichtspunkte der Vorbeugung, Früherkennung, Behandlung, Betreuung, Rehabilitation und Nachsorge gleichermaßen Berücksichtigung finden.

Im folgenden sollen einige der Prinzipien einer so verstandenen Sozialpsychiatrie zusammenfassend dargestellt werden. Da in der Literatur häufig Bezug genommen wird auf Konzeptionen der psychosozialen Versorgung im englischen Sprachraum und deren Einfluß auf die neuere Entwicklung der Psychiatrie in der BRD, soll eine Darstellung der Verhältnisse in Großbritannien und den USA vorangestellt werden.

2.1. Die Struktur der psychiatrischen Versorgung in England und den USA

2.1.1. England

Die psychiatrische Versorgungsstruktur in England läßt sich am besten aus ihrer Entwicklung verstehen; diese verlief bis zum Einsetzen der jetzigen Reformbewegung

nach dem Zweiten Weltkrieg im wesentlichen ähnlich wie in Deutschland (Degkwitz u. Mitarb. 1973). In folgenden Punkten bestanden jedoch Unterschiede:

1. Das Gesetz von 1930 (Mental Treatment Act) ermöglichte die Aufnahme von psychiatrischen Patienten in Allgemeinkrankenhäuser, die Einrichtung von Polikliniken und die ambulante Behandlung psychisch Kranker an allgemeinen Krankenhäusern (Winkler 1975); diese Überweisungsambulanzen entwickelten sich im Laufe der Zeit zu kleinen stationären psychiatrischen Einheiten an Allgemeinkrankenhäusern (Dilling 1970).

2. Die Universitätskliniken spielten kaum eine Rolle in der psychiatrischen Versorgung in England, während sie in Deutschland bis zum Zweiten Weltkrieg fast 50 % aller psychiatrischen Aufnahmen bewältigten; erst in jüngster Zeit haben die Universitätskliniken in England begonnen, einen Teil der psychiatrischen Versorgung zu übernehmen (Degkwitz u. Mitarb. 1973).

3. Die ambulante psychiatrische Versorgung wurde in Deutschland seit den 20er Jahren hauptsächlich von niedergelassenen Nervenärzten getragen, während in England dieselbe Aufgabe bis heute von Allgemeinpraktikern wahrgenommen wird; eine Beteiligung von Fachärzten an der ambulanten Versorgung erfolgte in England nur über Ambulatorien (Degkwitz u. Mitarb. 1973).

Vor diesem Hintergrund wird verständlicher, daß England zum Ausgangspunkt sozialpsychiatrischer Reformversuche wurde. Die Psychiatrie war wesentlich stärker integriert in die allgemeine Medizin als in Deutschland, und es bestand keine so strenge Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. So kam es bereits ein Jahrzehnt nach dem Mental Treatment Act von 1930 - besonders aber nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges - zur modellhaften

Einrichtung verschiedener komplementärer und flankierender Einrichtungen (Winkler 1975), deren besonderes Charakteristikum das praktische Bemühen um den chronisch kranken Patienten war (Degkwitz u. Mitarb. 1973).

Die Einrichtung eines zentralorganisierten nationalen Gesundheitsdienstes im Jahre 1948 hat die weitere Entwicklung der psychiatrischen Versorgung geprägt, und vor allem die Integrierung der Psychiatrie in die allgemeine Medizin weiter gefördert (Dilling 1972; Degkwitz u. Mitarb. 1973). Dieser Gesundheitsdienst besteht aus drei Teilen: dem Allgemeinpraktiker, dem allgemeinen Krankenhaus mit Poliklinik für Spezialdisziplinen und dem örtlichen Gesundheitsdienst, durch den ein gewisser Spielraum für lokale Sonderentwicklungen gegeben ist (v. Cranach 1975; Dilling 1972).

Eine konsequente Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung ermöglichte es, daß das relativ breite Spektrum an Behandlungs-, Betreuungs- und Rehabilitationsangeboten mehr und mehr von den psychiatrischen Krankenhäusern unabhängiger und in die Gemeinden hinein verlagert wurde; es entstand der "Comprehensive Community Mental Health Service", eine relativ umfassende Versorgung von Gemeinden mit psychosozialen Diensten (Winkler 1975).

Eine Kommission der Fachgesellschaften veröffentlichte 1972 Vorschläge zur sozialpsychiatrischen Versorgung (Report of the Tripartite Commettee. The Mental Health Service after Unification), die v. Cranach (1975) referiert: Danach soll ein sog. Mental Health Team, das die Betreuung einer Region mit etwa 62 500 Einwohnern übernimmt, die Grundlage der psychosozialen Versorgung bilden, wobei vier solche Teams einen Sektor von 250 000 Einwohnern betreuen.

Diese Teams übernehmen vom allgemeinen Krankenhaus aus die stationäre und ambulante bzw. poliklinische Versorgung ihres Bereiches in enger Koordination mit den Hausärzten und den lokalen sozialen Diensten, die aus Teams von ca. 10 Sozialarbeitern für dieselbe Region bestehen; sie betreuen weiterhin die Patienten in den Übergangs- und Rehabilitationseinrichtungen sowie die überwiegend chronischen Patienten des psychiatrischen Krankenhauses, auf das nach Meinung dieser Kommission noch nicht verzichtet werden kann.

Ein derartiges Team setzt sich zusammen aus drei Psychiatern, zwei Ärzten mit psychiatrischer Fachausbildung, einem Medizinalassistenten, einem Gemeindearzt, drei Sozialarbeitern, sieben Beschäftigungstherapeuten, einem klinischen Psychologen sowie 24 Krankenschwestern als "health visitors" und "home nurses" (v. Cranach 1975). Von Bedeutung ist, daß in England psychiatrische Sozialarbeiter eine besondere Ausbildung erfahren; zudem hat diese Berufsgruppe, die in dieser Form in der BRD nicht existiert, meist akademischen Status (zu ihr gehört auch der sog. Mental Welfare Officer) (Dilling 1972).

Den weiteren Ausbau des stationären und halbstationären Bereiches betreffend wurde vom zuständigen Ministerium empfohlen, nur noch psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern zu errichten, und zwar in zwei Varianten A und B: 120 bzw. 90 Betten für eine Bevölkerung von 250 000 bzw. 150 - 180 000 Einwohnern mit 150 - 160 bzw. 120 Tagesklinikplätzen (Winkler 1975).

Abschließend sollen einige wesentliche Unterschiede der psychosozialen Versorgung in England und der BRD in Form einer Gegenüberstellung aufgezeigt werden, die Dilling (1972) referiert:

Bundesrepublik	England
- Föderalistisches System	- Zentralistisches System
- Nicht vereinheitlichtes System der Sozialversicherung und Sozialhilfe	- Staatlicher Gesundheitsdienst
- Mehrere Krankenhausträger (Gemeinde - Kreis - Bezirk - Land)	- Einheitlicher Krankenhausträger
- Nicht einheitlich gegliedertes Rehabilitationssystem	- Einheitlich aufgebautes Rehabilitationssystem
- Keine Integration der psychisch Kranken in die allgemeine Rehabilitation	- Gleichstellung von somatisch und psychisch Kranken bei der Rehabilitation

2.1.2. USA

Die psychiatrische Versorgung in den USA war bis zum Einsetzen reformerischen Bemühens nach dem 2. Weltkrieg charakterisiert durch eine Zweiteilung, welche durch die im gesamten Gesundheitswesen fehlende gesetzliche Krankenversicherung mitbedingt war (Reimann 1972; v. Cranach 1975):

Zum einen bestanden psychiatrische Großkrankenhäuser, in denen überwiegend chronisch kranke Patienten aus den unteren sozialen Schichten mit minimalem ärztlichen und pflegerischen Aufwand asyliert wurden. Zum anderen existierten in der Mehrzahl von Belegärzten betreute private psychiatrische Krankenhäuser neben einer großen Zahl freipraktizierender Psychiater mit meist analytischer Orientierung, die aus versicherungsrechtlichen Gründen nur Patienten der Mittel- und Oberschicht behandelten.

Diese besonders auch vom "Mental Health Movement" mit seiner langen Tradition und breiten Unterstützung in der amerikanischen Bevölkerung viel kritisierte Situation der psy-

chiatrischen Versorgung führte zu dem "Community Mental Health Centers Act" von 1963; hierdurch stellte die Regierung allen Organisationen für den Bau von Community Mental Health Centers sowie für Ausbildung und Forschung in der Sozialpsychiatrie erhebliche Finanzhilfen zur Verfügung (v. Cranach 1975). Ein solches Community Mental Health Center sollte einen Sektor von 75 - 200 000 Einwohnern versorgen und mindestens über die fünf folgenden Einrichtungen bzw. Dienste verfügen (Reimann 1972): 1. für vollstationäre Behandlung, 2. für ambulante Behandlung, 3. für teilstationäre Behandlung, 4. für einen 24-stündigen Notdienst und 5. für Beratung und Aufklärung in der Gemeinde; als erwünschte Zusatzeinrichtungen sind Fazilitäten für Diagnose, Rehabilitation, Früh- und Nachbehandlung, Fachausbildung, Forschung und Erfolgskontrolle genannt. Im Zusammenhang mit Bemühungen um eine Sozialreform ist die Forderung eines Minimalanteils von 10 - 15 % Fürsorgeempfängern an der Klientel dieser Community Mental Health Centers zu sehen (Reimann 1972).

Die Planung sieht bis Ende 1980 insgesamt 2000 Community Mental Health Centers vor (Winkler 1975), 1970 waren bereits 380 davon als Bauvorhaben von der Regierung finanziell unterstützt worden (v. Cranach 1975).

Die in die Einführung der Community Mental Health Centers gesetzte Hoffnung auf eine Entwicklung der psychiatrischen Versorgungsstruktur zu einer umfassenden und kontinuierlichen gemeindenahen Prävention, Behandlung und Rehabilitation hat sich nur zum Teil erfüllt; zwar kam es zu einer Reduzierung der Patientenzahlen in den psychiatrischen Großkrankenhäusern und zu einer Schwerpunktverschiebung von der stationären zur ambulanten Behandlung (Winkler 1975). Auch nahm die Integration der Psychiatrie in die allgemeine Medizin zu, es gab 1971 bereits 750

psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern (Kunze 1977 a). Jedoch hat diese Neustrukturierung der Versorgung eine Reihe von Problemen evident werden lassen, von denen einige stichpunktartig angesprochen werden sollen:

- Mangelnde Einbeziehung von Gemeinden, Institutionen und Bevölkerungsgruppen in Planung und Konzeption der Dienste (Kommer u. Sommer 1977).
- Fehleinschätzungen des Bedarfs durch mangelnde epidemiologische Untersuchungen (Reimann 1972).
- Mangelnde Nutzung der Kapazität der Einrichtungen durch unzureichenden Kontakt zum hausärztlichen Bereich (v. Cranach 1975).
- Vernachlässigung der sekundären und tertiären Prävention durch Überbetonung primärpräventiver Maßnahmen (Kunze 1977 a).
- Benachteiligung und mangelnde Versorgung von Unterschichtsangehörigen durch einseitige tiefenpsychologische Orientierung und fehlendes therapeutisches Angebot für diese Klientel; Selektion von Mittelschichtspatienten*) (Chu 1974; Kommer u. Sommer 1977).
- Um in den Genuß staatlicher Finanzzuschüsse zu kommen, nannten sich bestehende Institutionen oft Community Mental Health Centers, ohne ihr therapeutisches bzw. rehabilitatives Angebot und ihre Konzeption wesentlich zu ändern (Chu 1974).
- Verschlechterung der Lage chronisch Kranker, indem sie aus den Großkrankenhäusern in mindestens ebenso hospitalismusfördernde Wohn- und Pflegeheime umgesiedelt

*) Dem entgegen stehen die Ergebnisse einer Untersuchung, in die 40 Community Mental Health Centers einbezogen waren; es wurde festgestellt, daß die soziale Schicht keinen Einfluß auf Aufnahme und Art der Behandlung in Community Mental Health Centers hat (Stern 1977).

wurden und so aus dem Verantwortungsbereich der Psychiatrie verschwanden (Kunze 1977 a).

- Fehlende evaluative Forschung (Sommer u. Mitarb. 1978).

Das von vielen als "dritte Revolution" in der amerikanischen Psychiatrie gepriesene Community Mental Health Centers Program konnte zwar durch gewaltige Finanzhilfe in relativ kurzer Zeit durchgesetzt werden (Reimann 1972); bedingt durch die mangelnde Koordination zwischen verschiedenen politischen und administrativen Ebenen, durch den fehlenden sozialgesetzgeberischen Hintergrund sowie durch die problematische soziale und politische Struktur des Landes besteht jedoch in den USA bis heute eine erhebliche Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit sozialpsychiatrischer Programme (Kunze 1977 a; Kommer u. Sommer 1977).

Vergleicht man die Versorgungsstruktur in England und den USA, so findet man als Gemeinsamkeiten das Prinzip der Sektorisierung, das Prinzip der umfassenden Betreuung mit den bekannten Methoden intra- und extramuraler Behandlung bzw. Rehabilitation, sowie das Prinzip der Kontinuität der Betreuung durch Integration der mannigfaltigen psychiatrischen Dienste; allerdings ist die Integration aller Dienste durch das Community Mental Health Center Program nicht vollständig geleistet worden, da die psychiatrischen Anstalten nach wie vor funktionell und organisatorisch von den Community Mental Health Centers getrennt bleiben.
v. Cranach (1975), dem wir in diesem Absatz folgen, sieht einen weiteren wesentlichen Unterschied zwischen beiden Versorgungssystemen: "Das englische Modell ist integrierter Bestandteil der medizinischen Versorgung mit einer (...) engen Beziehung zu den sozialen Versorgungsdiensten. In den USA beginnt erst jetzt die Forderung danach laut zu werden."

2.2. Die psychiatrische Versorgungsstruktur in der BRD

Gemeindenähe, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Versuch der Reintegration psychisch Kranker in die Gemeinde, Öffnung des psychiatrischen Krankenhauses, Beteiligung von Laienhelfern an der psychiatrischen Versorgung, Patenfamilien, Verbesserung der ambulanten Nachsorge, bessere psychiatrische Ausbildung von Medizinstudenten - diese Punkte stellen wesentliche Forderungen der modernen Psychiatrie dar; sie wurden jedoch schon vor mehr als einem Jahrhundert von dem wohl ersten Vertreter der deutschen Sozialpsychiatrie, Wilhelm Griesinger (1817 - 1868), aufgestellt, der gleichzeitig als Begründer der wissenschaftlichen Psychiatrie gilt. Er hatte sich damals gegen seine den Status quo verteidigenden Kontrahenten, die Vertreter der Anstaltspsychiatrie Damerow, Laehr und Roller, nicht durchsetzen können; in der damaligen Kontroverse ist jedoch die heutige Argumentation für und gegen die Prinzipien der Gemeindepsychiatrie bereits vorgezeichnet (vgl. Griesinger 1872).

In der deutschen Psychiatriegeschichte fänden sich manche Namen, die in irgendeiner Form Anteil hatten an der Erweiterung und Vervollständigung der Psychiatrie um ihre soziale Dimension; auf sie kann in diesem Rahmen nicht eingegangen werden (eine Übersicht über die Entwicklung der Psychiatrie speziell unter dieser Perspektive findet sich z.B. bei Dörner und Plog 1978).

Trotzdem eine diesbezügliche Tradition also durchaus vorhanden war, kam es in der BRD doch erst vor knapp zwei Jahrzehnten zur Einführung der praktischen Sozialpsychiatrie, und erst seit einem Jahrzehnt laufen Bemühungen, die Struktur der psychiatrischen Versorgung zu reformieren. Diese Bemühungen bestanden zunächst darin, ausgehend von der bestehenden Situation der psychosozialen Versorgung

und ihren gravierenden Mängeln, Pläne zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und geistig Behinderter zu erarbeiten; Beispiele hierfür sind die 1971 durch die Bundesregierung eingesetzte Enquête-Kommission mit ihrem Bericht von 1975, der Rahmenplan der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde von 1971 sowie die Pläne verschiedener Bundesländer (Bauer 1977; Winkler 1975). Auch kam es zum Ausbau verschiedener komplementärer und flankierender Einrichtungen und zum Aufbau vereinzelter Modelle sektorisierter bzw. gemeindenaher psychiatrischer Versorgung. Die bisher auf politischer und administrativer Ebene unternommenen Schritte in Richtung auf eine umfassendere Neustrukturierung der psychosozialen Versorgung - etwa im Sinne der Enquête-Kommission - berechtigen jedoch nicht zu größeren Hoffnungen auf eine baldige entscheidende Veränderung der bestehenden Verhältnisse (vgl. z.B. Heinrich 1979; Heinrich u. Müller 1977; Kunze 1977 a; Kisker 1973).

Auf die Gründe dieses - im Vergleich zu Ländern wie England oder die USA - verspäteten Einsetzens von Reformbestrebungen kann hier nicht näher eingegangen werden (einige Hinweise finden sich in Abschnitt 2.1.1.). Vielmehr sollen zunächst einige Aspekte der gegenwärtigen psychiatrischen Versorgungsstruktur in der BRD dargestellt werden, um dann auf wesentliche Prinzipien einer sozialpsychiatrischen Versorgung einzugehen.

2.2.1. Merkmale der aktuellen Versorgungsstruktur

Betrachtet man die Struktur der psychiatrischen Versorgung in der BRD unter dem Aspekt ihrer Reformbedürftigkeit, so läßt sie sich durch eine - historisch bedingte - dreifache Diskontinuität charakterisieren, in welcher man die Bedingung für einige ihrer wesentlichen zur Lösung anstehenden Probleme sehen kann.

Zum einen handelt es sich dabei um die Diskontinuität zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbereich. Durch das im wesentlichen duale psychiatrische Versorgungssystem ist eine kontinuierliche Behandlung und gestufte Wiedereingliederung des Patienten in die Gemeinde schwerlich zu leisten. Dazu wäre einerseits eine personelle Kontinuität in der Betreuung - etwa durch eine enge Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Nervenärzten und speziellen Fachambulanzen -, zum anderen eine Erweiterung des Spektrums psychiatrischer Einrichtungen entsprechend der Vielfalt psychiatrischer Aufgaben notwendig. Dem Ausbau von im Bereich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung anzusiedelnden Einrichtungen (z.B. Tageskliniken, Übergangswohnheim, sozialpsychiatrische Dienste) stehen zudem versicherungsrechtliche und standespolitische Schwierigkeiten entgegen, die der genannten Dualität des Versorgungssystems entspringen (vgl. z.B. Finzen 1974 a, 1977; Bauer 1977; Kisker 1973, 1974; Bericht 1975).

Zum zweiten ist damit der Gegensatz Universitätspsychiatrie - Anstaltspsychiatrie angesprochen, mit

- der Konzentration von Forschung und Lehre sowie von Neuerungsbestrebungen auf die Universitätskliniken und deren besondere vorselektierte Klientel der mehr akut Kranken (Erhardt 1972);
- einem auch durch finanzielle Benachteiligung mitbedingten qualitativen Abfall der psychiatrischen Krankenhäuser mit ihrem personellen und materiellen Ausstattungsmangel, mit ihrer Überdimensionierung und veralteten Bausubstanz, mit ihrer mehr custodialen Betreuung von überwiegend chronischen Patienten - unter denen sozial unterprivilegierte überrepräsentiert sind -, mit ihrer sozial isolierenden Wirkung als Konsequenz des zu großen Einzugsbereiches und der dezentralen Lokalisation (vgl. z.B. Heinrich u. Müller 1977; Dilling 1972; Bericht 1975).

Struktur und Funktion psychiatrischer Krankenhäuser sind in den letzten Jahren im Wandel begriffen; während z.B. bis zum Zweiten Weltkrieg noch 50 % aller psychiatrischen Aufnahmen über die Universitätskliniken erfolgten, bewältigen heute die psychiatrischen Krankenhäuser mehr als 80 % aller Aufnahmen, dies jedoch mit nur einem Anteil von etwa 30 % der Gesamtbettenzahl, während der Rest der Betten mit chronisch Kranken belegt ist (Bauer 1977; Degkwitz u. Mitarb. 1973).

Zum dritten ist die weitgehende räumliche und organisatorische Trennung der stationären psychiatrischen Behandlung von der entsprechenden Behandlung körperlich Kranker anzuführen. Ursache und Folge dieser Trennung ist eine soziale Diskriminierung psychisch Kranker (Denkschrift der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Bezirkstagspräsidenten 1971), die sich besonders in der Früherkennung, aber auch in Behandlung und Rehabilitation nachteilig auswirken kann. Die Isolierung psychiatrischer Versorgungseinrichtungen hat darüber hinaus eine körpermedizinische Mangelversorgung psychiatrischer Krankenhäuser sowie eine psychiatrische Mangelversorgung körpermedizinischer Abteilungen zur Folge (Dörner u. Plog 1978). Die Gleichsetzung psychisch und somatisch Kranker wird von den an der Struktur- und Reformdiskussion Beteiligten als ein wichtiges Ziel psychiatrischer Reformvorhaben gesehen (vgl. z.B. Bericht 1975; Weise u. Bach 1976; Erhardt 1972). In der Denkschrift der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Bezirkstagspräsidenten (1971) wird zur Förderung der Integration der Psychiatrie in die übrige Medizin der Ausbau psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sowie die Angliederung allgemeinmedizinischer - insbesondere internistischer Abteilungen - an größere psychiatrische Krankenhäuser empfohlen.

Auf andere in der einschlägigen Literatur angeführte Mängel in der psychiatrischen Versorgung, beispielsweise

- die auch gemäß internationalen Standards zu niedrige Bettenmeßziffer der stationären Versorgung (Bericht 1975),
- die sich in einer ungenügenden und regional erheblich differierenden Versorgungsdichte äußernde ambulante Unterversorgung durch niedergelassene Nervenärzte (Dilling u. Weyerer 1978; Kappos 1980),
- das unzureichende Angebot psychotherapeutischer und psychosomatischer Behandlungsplätze (Bericht 1975),
- das Fehlen differentieller Behandlungsmöglichkeiten und Einrichtungen für spezielle Patientengruppen wie psychogeriatisch Kranke oder Suchtkranke sowie Kinder und Jugendliche (Bericht 1975),
- sowie die ungenügende Aus- und Weiterbildung vor allem des Pflegepersonals (z.B. Dilling 1972),

soll hier nicht explizit eingegangen werden.

2.2.2. Wesentliche Prinzipien sozialpsychiatrischer Innovationsbemühungen

Die Argumentation des vorangehenden Abschnittes verdeutlicht, daß in erster Linie qualitative bzw. strukturelle Defizienzen die Reformbedürftigkeit des psychiatrischen Versorgungssystems in der BRD bedingen. Die wichtigsten von der Enquête-Kommission vorgeschlagenen Grundsätze einer Psychiatriereform sind im folgenden zusammengefaßt mit Hinweisen auf bereits nach diesen Grundsätzen funktionierende Modelle.

a) Die Gemeindenähe der psychiatrischen Versorgung:

Nach Weise und Bach (1976) gilt als erwiesen, "daß einmal die Distanz zwischen der therapeutischen Institution und dem sozialen Raum, zum anderen die Koordination und Einheitlichkeit des ambulanten und stationären Versorgungssystems entscheidend die Effektivität und Qualität der medizinischen Versorgung bestimmt", daß weiterhin "mit zunehmender geographischer und (...) ideeller Distanz zwischen Behandlungseinrichtung und sozialem Herkunftsraum des Patienten" sich "die Prognose psychischer Erkrankungen verschlechtert".

Überlegungen dieser Art erfordern als obersten Grundsatz einer psychosozialen Versorgung, die in der sozialen Reintegration des Patienten das eigentliche Ziel allen therapeutischen Handelns sieht, die Integration aller Elemente des Versorgungssystems in den sozialen Raum des Patienten, in die Gemeinde (z.B. Dörner u. Plog 1978; Bericht 1975). Damit soll vor allem eine Verminderung der Entfremdung und Isolierung des Patienten von seiner sozialen Umwelt, eine gezielte Vorbereitung des Patienten und seiner Umgebung auf Entlassung und Rehabilitation, und vor allem eine enge Kooperation und Koordination stationärer und ambulanter Aktivitäten gewährleistet werden.

Um die von Weise und Bach (1976) angesprochene "ideelle Distanz" zwischen Behandlungseinrichtungen und sozialem Herkunftsraum zu verringern, ist eine intensive Aufklärungsarbeit und die Öffnung psychiatrischer Institutionen der Gesellschaft gegenüber (beispielsweise durch Einbeziehung der Angehörigen des Patienten, Beurlaubungen, Laienhilfe, Patenfamilien etc.) erforderlich. Einen Versuch in dieser Richtung stellt auch das Bemühen sog. "therapeutischer Gemeinschaften" (Main 1946) dar, die soziale Struktur psychiatrischer Institutionen an die der Gesellschaft anzugleichen (Weise u. Petermann 1976).

Das Ziel der sozialen Reintegration des psychisch Kranken in die Gemeinde bestimmt darüber hinaus folgende Grundsätze psychiatrischen Handelns (vgl. Bericht 1975; Dörner u. Plog 1978):

- die institutionelle und personelle Kontinuität der Versorgung
- die Intensivierung der Selbsthilfe
- die stärkere Gewichtung präventiven Handelns
- die Bevorzugung ambulanter (und teilstationärer) gegenüber vollstationärer Behandlung.

Die Verringerung der räumlichen Distanz zwischen psychiatrischer Institution und Lebensraum des Patienten macht eine Rückverlagerung der psychiatrischen Versorgung von der Länderebene auf die Gemeindeebene notwendig. Als ein Beispiel für den möglichen strukturellen Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems sei ein Schema von Finzen (1977; Abb. 2.2.2.a) wiedergegeben.

b) Die Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung:

Hierdurch soll gewährleistet werden, daß alle an der psychosozialen Versorgung beteiligten Personen und Institutionen einer überschaubaren geographischen Region von 150 - 350 000 Einwohnern (etwa eine Stadt, ein Stadtteil, ein Bezirk oder Landkreis) zu einer Organisationseinheit zusammengefaßt werden (Bericht 1975). Ein solches "Standardversorgungsgebiet" (Bericht 1975) soll die multimodalen Versorgungsleistungen, die für eine umfassende und kontinuierliche Prävention, Behandlung und Rehabilitation seiner Einwohner Voraussetzung sind, verfügbar haben.

Abb. 2.2.2.a:
Möglicher Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Versorgungszentrums (nach Finzen 1972; 1977).

Besondere Einrichtungen

für Kinder und Jugendliche,
geistig Behinderte,
Alkoholiker und Drogenabhängige, Psychogeriatrie,
psychisch kranke Rechtsbrecher

Medizin

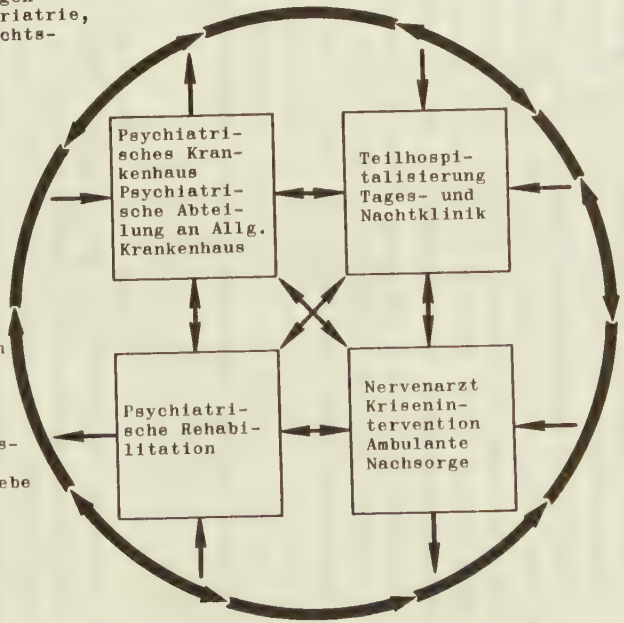
Andere Fachabt.
an Krankenhäusern
Hausärzte
Fachärzte

Kommunale Aufgaben

Gemeindeschwestern
Sozialarbeit
Familienhilfe
Tagesstätten
Wohn- und Übergangsheime
Beschützende Betriebe

Arbeit und Soziales

Berufsberatung
Rehabilitationsberatung
Ausbildungsförderung
Umschulung
Rehabilitationswerkstätten und -betriebe
Beschützende Betriebe für chronisch Behinderte



Freiwillige
Hilfsorganisationen

Patientenclubs
Familienhilfe
Tagesstätten
Wohn- und Übergangsheime
Beschützende Betriebe
für chronisch
Behinderte

Abb. 2.2.2.a

Ein solches Spektrum der Angebote an psychiatrischen Diensten, die in einem Standardversorgungsraum nach den Vorstellungen der Enquête-Kommission einzurichten sind, zeigt Abb. 2.2.2.b_1.

Durch eine solche Sektorisierung soll auch gewährleistet sein, daß - vor allem im stationären Bereich - keine Selektion von Patienten im Sinne einer Benachteiligung bestimmter Patientengruppen (vgl. Heinrich u. Müller 1977) stattfindet, da die einen Sektor versorgenden Institutionen eine Aufnahmeverpflichtung für sämtliche Patienten ihres Sektors übernehmen (Bauer 1977).

Die Versorgung einer Standardregion kann durch psychiatrische Krankenhäuser, Universitätskliniken oder Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern getragen werden. Solche Modelle einer regionalisierten Versorgung befinden sich in der Entwicklung und Erprobung durch eine Reihe von psychiatrischen Krankenhäusern (z.B. Mönchengladbach, Weinsberg, Düren, Gießen, Wunsdorf; Dörner u. Plog 1978). Über die mehrjährigen Erfahrungen bei Aufbau und Organisation der psychiatrischen Versorgung eines Standardversorgungsgebietes durch die psychiatrische Abteilung eines allgemeinen Krankenhauses (Bad Driburg) berichten Philipzen u. Mitarb. (1977); deren zusammenfassende schematische Darstellung der Struktur ihres Versorgungsmodells ist in Abb. 2.2.2.b_2 wiedergegeben. Daß auch psychiatrische Universitätskliniken sich mit Gewinn an der Versorgung eines Sektors beteiligen können, zeigen Erfahrungen der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover, über die Bauer (1977) ausführlich berichtet.

Abb. 2.2.2.b_1:
Angebote in einem Standardversorgungsgebiet
(nach Bericht 1975)

Angebote in einem Standardversorgungsgebiet

Das Vorfeld psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer sowie rehabilitativer Dienste

Allgemeine professionelle und nicht-professionelle Beratung in den Bereichen:

- Erziehung, Seelsorge, Rechtspflege, Gesundheitsämter, Arbeitsverwaltung und Sozialversicherung, Sozialarbeit

Beratungsstellen

praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin

psychosoziale Kontaktstellen

Fachärzte anderer Disziplinen

Ambulante Dienste

niedergelassene Nervenärzte

niedergelassene ärztliche und nicht-ärztliche Fachpsychotherapeuten

Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern

niedergelassene Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

psychosoziale Versorgungseinrichtungen (in unterversorgten Gebieten)

Ambulante Dienste an Krankenhauseinrichtungen	Halbstationäre Dienste	Stationäre Dienste	Komplementäre Dienste	Spezielle rehabilitative Dienste	Dienste für Behinderte
ambulante Dienste an psychiatrischen Behandlungszentren	Tageskliniken und Nachtkliniken	psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern	Übergangsheime	Werkstätten für Behinderte	Einrichtung zur Früherkennung, Frühdiagnose und Frühbehandlung
psychotherapeutisch/psychosomatische Polikliniken	Tageskliniken und Nachtkliniken für besondere Patientengruppen	psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern	Wohnheime und Wohnheime für besondere Patientengruppen	Beschützende Arbeitsplätze	Sonderkindergärten
Fachambulanzen		gerontopsychiatrische Abteilung	Beschützende Wohngruppen und Wohnungen		Sonderschulen
		Assessment-Unit für psychisch kranke alte Menschen	Familienpflege		Sonderklassen
			Tagesstätten		Wohnangebote
			Patientenclubs		Bildungs-, Freizeit- und Erholungsstätten
			Einrichtungen für Schwerst- und Mehrfachbehinderte		

KOORDINATION — Psychosozialer Ausschuß — Kooperation der Träger — Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft — PLANUNG

Abb. 2.2.2.b_1

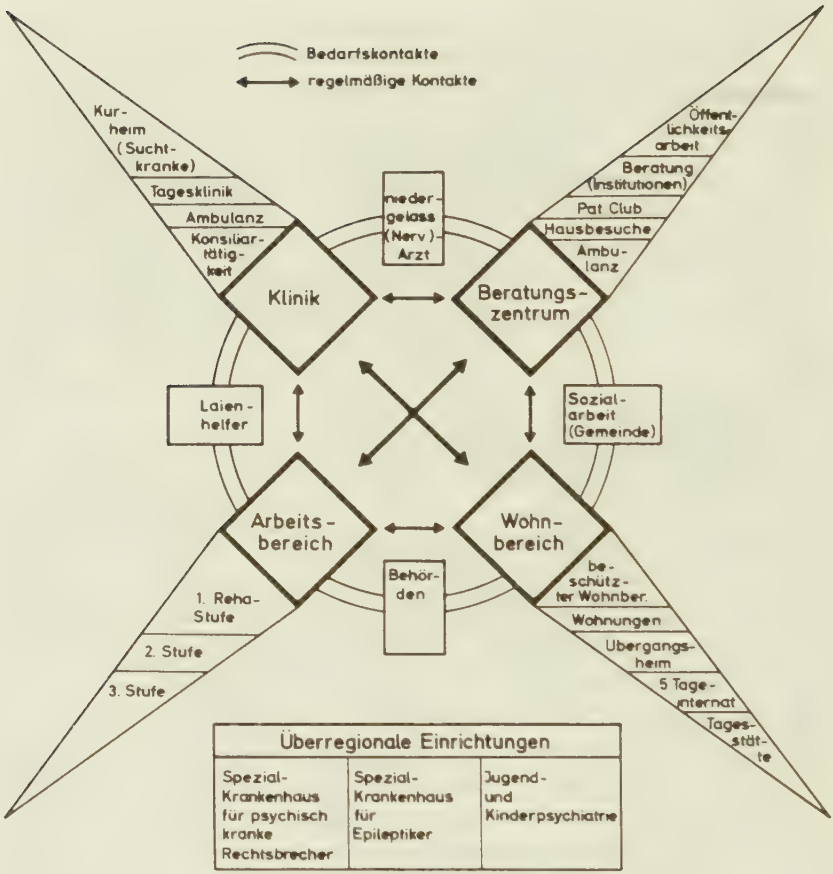


Abb. 2.2.2.b_2:
Dezentralisierte Gesamtversorgung psychisch Kranker und geistig Behinderter einer Region (nach Philipzen u. Mitarb. 1977)

c) Die Koordination aller psychiatrischen Dienste - psychosoziale Arbeitsgemeinschaften:

Eine wesentliche Voraussetzung für das optimale Funktionieren gemeindenaher psychosozialer Versorgung ist die reibungsarme Kooperation der verschiedenen Dienste. Um diese zu ermöglichen, wird von der Enquête-Kommission die Bildung von "Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften" empfohlen (Bericht 1975). An diesen sollen in Form einer Selbstorganisation sämtliche psychiatrische, psychotherapeutische und psychologische Beratungs- und Behandlungsdienste eines Standardversorgungsgebietes beteiligt sein.

In der Zwischenzeit sind schon vielfach psychosoziale Arbeitsgemeinschaften gegründet worden (z.B. Düsseldorf, Darmstadt, Gießen, Lahn-Dill u.a.m.; eine vollständige Auflistung mit Adressen findet sich in der Übersichtsarbeit von Fehre u. Mitarb. 1979). In Würzburg befindet sich ein solcher Arbeitskreis im Aufbau (Würzburger Verein zur Förderung der Rehabilitation psychisch Kranker e.V. 1979).

Diese Arbeitsgemeinschaften haben sich folgende Aufgaben gestellt (Zumpe 1977; Fehre u. Mitarb. 1979):

a) Bestandsaufnahme: Ist-Analyse, Soll-Analyse und Beschreibung der Defizite und Überlappungen in der psychosozialen Versorgung ihres Gebietes.

b) Erfahrungsaustausch über aktuelle Probleme.

c) Informations- und Öffentlichkeitsarbeit.

d) Fort- und Weiterbildung für Mitarbeiter der beteiligten Dienste, für Laienhelfer sowie für die im Vorfeld der psychiatrischen Versorgung Tätigen.

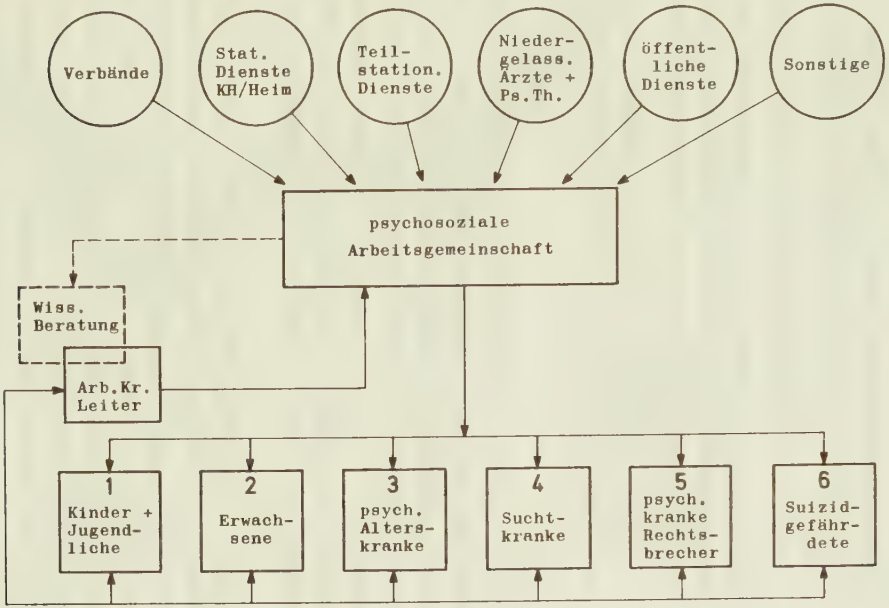


Abb. 2.2.2.c:
Strukturmodell einer psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in Düsseldorf (nach Müller u. Behrends 1978).

Das Strukturmodell einer gut funktionierenden psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (Düsseldorf) ist in Abb. 2.2.2.c dargestellt.

3. Die Problematik der Bedarfsermittlung in der Psychiatrie

In einem Übersichtsaufsatz in der "Psychiatrie der Gegenwart" betont v. Cranach (1975), daß "die Entscheidung praktische Sozialpsychiatrie (...) einzuführen auf Werturteilen" beruht. "Nicht das Vorhandensein neuer, bereits erprobter Behandlungsmethoden war Anlaß zur Neuerung, sondern die Unzufriedenheit mit der bisherigen Versorgung, eine Unzufriedenheit, die sowohl von einem Teil der in der Psychiatrie Tätigen, (... als auch) der Versorgungsempfänger selbst empfunden wurde". Entsprechend diesem Modell- bzw. Experimentcharakter der meisten sozialpsychiatrischen Behandlungsmethoden wurde mit der empirischen Überprüfung des Bedarfs an solchen Neuerungen und deren Effektivität erst in jüngster Zeit begonnen.

Versuche der Bedarfsschätzung in der Psychiatrie stoßen auf die Schwierigkeit, daß der Begriff Bedarf mehrdeutig ist. Zum einen kann darunter verstanden werden Bedarf im Sinne der Inanspruchnahme von bereits Verfügbarem; zum anderen muß darunter verstanden werden das Ausmaß an fehlenden Kapazitäten, der Fehlbedarf. Eine sinnvolle Planung psychiatrischer Versorgung muß sich auf Daten sowohl zur Inanspruchnahme als auch zum Fehlbedarf stützen können.

Bei der Ermittlung des Bedarfs stellen sich allerdings gerade auf dem Gebiet der Psychiatrie einige Probleme (Jakubaschk u. Mitarb. 1978):

- die Definition der Behandlungsbedürftigkeit,
- die Erfassung der Behandlungsbedürftigen,
- die Frage der Behandlungsbereitschaft und
- die Bestimmung der für die jeweilige Störung angebrachtesten Versorgungsinstitution und -methode.

Die Definition der Behandlungsbedürftigkeit kann durch den Patienten selbst erfolgen; wenn er sich krank fühlt und ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt, dann spricht man von selbstdefiniertem Bedürfnis. Sie kann auf Feststellungen seiner Umgebung beruhen (fremddefinierte Bedürfnisse). Werden so selbst- oder fremddefinierte Bedürfnisse durch einen Experten - in der Regel den Arzt - "objektiviert", handelt es sich um expertendefinierte Bedürfnisse. "Erst die Anzahl und die Art der expertendefinierten Bedürfnisse bestimmen den Bedarf an Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge" (Bericht 1975).

Ein weiteres wichtiges Problem bei der Bestimmung insbesondere des expertendefinierten Bedarfs ist die Frage der Behandlungsbereitschaft. Viele psychiatrische Patienten lehnen gerade aufgrund ihrer Erkrankung jegliche "Expertenhilfe" ab, nicht zuletzt, weil oft Krankheitseinsicht oder das Eingeständnis von Leidensdruck die soziale Stellung und das Selbstverständnis stark beeinträchtigen würden. Die Behandlungsbereitschaft wird auch deutlich von der Einschätzung der Therapieaussichten und der Einstellung zu den psychiatrischen Diensten seitens der Öffentlichkeit beeinflußt.

Entsprechend diesen Überlegungen würde sich zur zuverlässigen Erfassung der Behandlungsbedürftigen ein generelles "Screening" der Bevölkerung anbieten. Dies ist jedoch schon aus organisatorischen Gründen in absehbarer Zeit nicht möglich. Eine zunächst gangbare Alternative ist die

Untersuchung von kleinen Zufallsstichproben in einzelnen Gebieten. Sie setzt jedoch die Existenz von Untersuchungsmethoden voraus, die rationell, reliabel und valide angewendet werden können. Im englischen Sprachraum sind in den letzten Jahren Instrumente in Form halbstandardisierter Interviews entwickelt worden, die solchen Anforderungen eventuell genügen könnten (Wing u. Mitarb. 1974; Goldberg u. Mitarb. 1970). Ein Konzept zur Erfassung der Behandlungsbedürftigkeit, in dem auch diese standardisierten Instrumente Berücksichtigung finden, haben in der Bundesrepublik Jakubaschk und Mitarbeiter (1978) vorgelegt.

Selbst wenn diese zur Zeit noch kontrovers diskutierten Fragen gelöst wären, bliebe das vierte oben erwähnte Problem noch offen: die Bestimmung der für die jeweilige Störung angebrachtesten Versorgungsinstitution und -methode. Eine solche Entscheidung müßte sich, wenn sie auch zum wesentlichen Teil von Politikern getragen wird, zumindest teilweise auf Effektivitätsstudien stützen können. Da es fundierte Effektivitätsuntersuchungen erst in Ansätzen gibt, ist v. Cranach (1975) beizupflichten, wenn er feststellt, daß gemeindenahe Psychiatrie "keine Lösung sondern ein Experiment ist", und daß "die Planung einer gemeindenahen Versorgung (...) erst am Anfang ihrer Entwicklung" steht.

4. Effektivitätsuntersuchungen in der Psychiatrie

Die schmale empirische Basis, auf der Konzepte der gemeindenahen Psychiatrie trotz ihrer großen potentiellen Vorzüge immer noch stehen (Lauter 1977), ist mitbedingt durch eine Reihe erheblicher methodischer Probleme. Neben der Definition und Bestimmung des Bedarfs (siehe Abschnitt 3) stellt sich die Frage nach den Kriterien der Effektivität.

Sie sollen nicht nur die Therapieziele reflektieren, sie müssen auch in statistisch faßbare Aussagen übersetzbar sein (Ochberg u. Mitarb. 1972).

Da von verschiedenen Forschern sehr unterschiedliche Effektivitätskriterien benutzt wurden, ist eine Vergleichbarkeit der einzelnen Untersuchungen nur eingeschränkt gegeben. So werden als Kriterien genannt: Dauer der Hospitalisierung und Entlassungsraten aus psychiatrischen Krankenhäusern, Veränderung des Schweregrades von Symptomen, Auftreten des Institutionalismus-Syndroms, Wiederaufnahmeraten nach Entlassung aus stationärer Behandlung, Erwerbsfähigkeit und andere mehr. Einige der Untersuchungen, die von jeweils einem oder wenigen dieser Kriterien ausgehen, sollen hier exemplarisch angeführt werden.

Anthony u. Mitarbeiter (1972) geben einen Überblick über die bis 1971 erschienenen Effektivitätsstudien in den USA. Sie benutzen dazu zwei Kriterien: Die Rehospitalisierungsrate und die Erwerbsfähigkeit nach einem Jahr. Sie stellen fest, daß bei herkömmlicher stationärer Behandlung etwa 40 - 50 % der Patienten innerhalb eines Jahres rehospitalisiert werden und nur 20 - 30 % dauerhaft vollzeitbeschäftigt sind. Ein Vergleich dieser "Effektivitätsgrundrate" mit den Ergebnissen, die durch Übergangseinrichtungen bzw. intensive Nachsorge erreicht wurden, ergibt eine relative Überlegenheit der letzteren. Allerdings ist diese Überlegenheit oft nur solange deutlich, wie die Betreuung weiter anhält. Besonders gut sind die Ergebnisse bei Einsatz von freiwilligen Laienhelfern.

Ekdawi (1972) berichtet über eine spezielle Rehabilitationseinrichtung für chronisch psychisch Kranke in London (Netherne Resettlement Unit). Von insgesamt 367 Patienten, die zwischen 1959 und 1967 dort behandelt wurden, waren 151 entlassen worden, davon mußten 9 % innerhalb eines

Nachbeobachtungszeitraumes von zwei bis acht Jahren rehospitalisiert werden. Im selben Zeitraum waren nur 10 % ohne dauerhafte Beschäftigung geblieben.

Herz und Mitarbeiter (1971) vergleichen in einer kontrollierten Studie zwei Gruppen von jeweils 45 Patienten, die zufällig einer New Yorker Tagesklinik oder einer normalen Station zugeteilt wurden. Die tagesklinische Behandlung war um mehr als die Hälfte kürzer, ebenso war die Wiederaufnahmerate nach jeweils drei und neun Monaten um die Hälfte niedriger.

Einen anderen Aspekt der Effizienz thematisierte Mc Caffree (1967): Er verglich die Kosten des Washington State Hospital zu einer Zeit, als dort eine mehr kustodiale Haltung vertreten war, und in einem späteren Zeitabschnitt, als auf eine intensivere therapeutische Ausrichtung übergegangen wurde. Mit dem intensiveren Behandlungs- und Rehabilitationsprogramm ergaben sich nach Abzug der Teuerungsrate Einsparungen pro Patient von gut 30 %.

Held (1972) stellte ähnliche Berechnungen an über den Modellversuch sektorisierter Versorgung im 13. Pariser Arrondissement. Verglichen mit den Kosten der herkömmlichen Behandlungskonzepte, wie sie in anderen Pariser Bezirken vertreten waren, errechnete er Einsparungen zwischen 10 und 30 % je nach Berechnungsmodus.

So interessant und im einzelnen aufschlußreich Untersuchungen wie die hier referierten sein können, sie erlauben keine weitreichenden Schlüsse über die Effektivität sozialpsychiatrischer Konzeptionen, da sie immer nur einen Teil der erreichten Effekte erfassen. Auch die Einschränkung des Untersuchungsgegenstandes auf eine oder wenige Einrichtungen wie z.B. Rehabilitationszentrum oder Tagesklinik ist

problematisch, da gerade sozialpsychiatrische Konzeptionen das integrierte Zusammenwirken vielfältiger Einrichtungen voraussetzen. Ein Rehabilitationszentrum beispielsweise verliert viel von seiner Wirkung, wenn es nicht auch über ein Übergangsheim, eine Laienhelferorganisation, beschützte Arbeitsplätze sowie Arbeitsplätze für Arbeitsversuche verfügt.

Wirklich aussagekräftige Ergebnisse können aus diesen Überlegungen heraus nur von Untersuchungen ganzer Versorgungsbereiche und -systeme erwartet werden. Bisher ist noch kein Versorgungssystem umfassend in diesem Sinne beurteilt worden (v. Cranach 1975). Am ehesten kommen diesem Ideal die langjährigen, "bewunderungswürdig folgerichtigen" (Ciompi u. Mitarb. 1977) Untersuchungen der Forschungsgruppe um Wing in London nahe (z.B. Wing u. Hailey 1972).

5. Die Stellung niedergelassener Nervenärzte zu sozialpsychiatrischen Einrichtungen

Bei Durchsicht der einschlägigen deutschsprachigen Literatur nach Äußerungen niedergelassener Nervenärzte zu sozialpsychiatrischen Einrichtungen und Konzeptionen findet sich nur Bruchstückhaftes.

Zum einen die Stellungnahmen einiger führender Vertreter des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BDN) zur ambulanten psychiatrischen Versorgung (Weinland u. Mitarb. 1973; Janke 1974; Weinland u. Mitarb. 1976). Diese stehen sozialpsychiatrischen Konzepten relativ reserviert gegenüber und kritisieren vor allem Pläne zur Beteiligung von Krankenhauspsychiatern an der ambulanten Versorgung.

Zum anderen einige spärliche Äußerungen sozialpsychiatrisch engagierter Autoren zur Kooperation mit niedergelassenen

Nervenärzten, die jedoch nicht näher begründet werden. So schreibt z.B. Reimer (1974): "Niedergelassene Ärzte, auch Nervenärzte, machen von den (flankierenden und teilstationären) Einrichtungen (des PLK Weinsberg) wenig Gebrauch." Es habe sich beispielsweise auch kein niedergelassener Nervenarzt bereitgefunden, die Betreuung einer Übergangseinrichtung zu übernehmen. Finzen (1977) meint, daß Tageskliniken voraussichtlich wenig Zuspruch von niedergelassenen Nervenärzten zu erwarten haben, da diese befürchten, einen Teil ihrer Klientel zu verlieren. Diese Position vertritt auch Bauer (1977).

In den USA ist die Stellung von Psychiatern zu rehabilitativen und sozialpsychiatrischen Diensten zwar schon länger Forschungsgegenstand; trotzdem existieren auch dort nur wenige mit diesem Thema befaßte Publikationen. Zwei davon seien exemplarisch angeführt.

Eine Studie von Stotsky u. Mitarb. (1968) hat die Stellungnahme von Ärzten zur Rehabilitation zum Gegenstand. Von 1 500 Ärzten in Neu-England, an die Fragebögen versandt worden waren, antworteten 535 (35,6 %), davon 127 Psychiater. Es zeigte sich, daß die Befragten der Rehabilitation insgesamt positiv gegenüberstanden, jedoch darüber wenig Theoretisches wußten und auch kaum mit rehabilitativen Diensten Kontakt hatten. Die Gruppe der Psychiater schätzte zwar die Aussichten von Rehabilitation pessimistischer ein, war aber am besten darüber informiert und arbeitete am engsten mit rehabilitativen Diensten zusammen.

In einer breit angelegten Fragebogenuntersuchung befaßten sich Lehman u. Lehman (1976) mit der Einstellung New Yorker Psychiater zur Community Mental Health. Von 2 572 Angeschriebenen antworteten 946 (36,7 %). Es wurde ein standardisierter Fragebogen benutzt zur Erfassung der Einstellung zur Community Mental Health, in Anlehnung an die

Community Mental Health Ideology Scale (CMHI) von Baker u. Schulberg (1967). Eine Faktorenanalyse der 14 enthaltenen Fragen ergab drei Faktoren, die gemeinsam 74 % der Varianz erklärten. Diese Faktoren waren:

1) "Orientierung auf Kurzzeithospitalisierung",
2) "Orientierung auf Gemeindenähe" und
3) "Orientierung auf staatliche Einflußnahme".

Bei einer Gegenüberstellung der so gemessenen Einstellung zur CMH mit anderen Charakteristika der befragten Psychiater ergaben sich folgende Korrelationen: Die Einstellung zur CMH korrelierte unter anderem negativ mit dem Alter und positiv mit Beteiligung an gesundheitsbezogenen Organisationen, mit der Qualität der Weiterbildungsstätte, mit protestantischer Konfession und links der Mitte angesiedelter politischer Orientierung.

Interessant ist auch ein weiterer Befund aus dieser Studie: Es wurde gefragt nach dem durchschnittlichen Jahreseinkommen, der Zufriedenheit mit dem Einkommen und der Zufriedenheit mit der beruflichen Laufbahn. Durch schrittweise Regressionsanalyse konnte nachgewiesen werden, daß von allen erfragten Faktoren die Zufriedenheit mit dem Einkommen den größten Einfluß auf die Zufriedenheit mit dem beruflichen Werdegang hatte. Die Verdienstmöglichkeiten an Community Mental Health Centers wurden von der überwiegenden Mehrheit als relativ gering eingeschätzt, obwohl ein Vergleich der angegebenen Durchschnittsverdienste ergab, daß nur Psychoanalytiker mehr als die an CMH-Zentren angestellten Psychiater verdienen.

III. DARSTELLUNG UND DISKUSSION DER METHODE

1. Personenkreis und Gebiet der Untersuchung

Der zu befragende Personenkreis umfaßte alle im weiteren Einzugsbereich der Universitäts-Nervenklinik Würzburg niedergelassenen Nervenärzte; vorausgesetzt wurde, daß sie mindestens seit dem 1.8.1978 in freier Praxis tätig waren und so zum Zeitpunkt der Befragung über wenigstens ein Quartal Praxiserfahrung verfügten.

Das Untersuchungsgebiet wurde bestimmt aus der Patientenkartei der Universitäts-Nervenklinik nach den hier vermerkten geographischen Herkunftsräumen der Patienten, wobei auch entfernter gelegene und nur einen kleineren Teil der Klientel betreffende Landkreise mitberücksichtigt wurden. Das somit durch die Befragung zu erfassende Gebiet umschließt folgende Regierungsbezirke bzw. Landkreise und kreisfreien Städte: Den gesamten Regierungsbezirk Unterfranken; die Landkreise bzw. kreisfreien Städte Bamberg, Coburg, Lichtenfels, Kronach, Kulmbach, Hof und Wunsiedel im Regierungsbezirk Oberfranken; die Landkreise Neustadt/Aisch - Bad Windsheim, Weißenburg - Gunzenhausen sowie Stadt- und Landkreis Ansbach des Regierungsbezirkes Mittelfranken; in Baden-Württemberg den Main-Tauber-Kreis und schließlich in Hessen den Landkreis Fulda (Abb. 1a).

Entsprechend den vorgenannten Kriterien waren insgesamt 44 Nervenärzte zu befragen, 43 davon (98 %) waren zu einer Beteiligung an der Untersuchung bereit. Unter diesen befanden sich: eine überwiegend als Psychotherapeutin und drei ausschließlich als Psychotherapeuten tätige Nervenärzte, davon einer vorübergehend nicht niedergelassen;

Abb. 1.a:
Darstellung des Befragungsraumes: Eingezeichnet sind alle Städte, an denen Nervenärzte am 1.8.1978 niedergelassen waren. Neben den Namen der Stadt wurde die Anzahl der niedergelassenen Nervenärzte angeführt. Die großen Zahlen stellen die Bezeichnung von Versorgungsgebieten dar, entsprechend dem Entwurf des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung für ein "Aktionsprogramm psychiatrische Versorgung in Bayern" (Stand Mai 1978).

zwei Chefärzte, die eine Nervenklinik bzw. die neurologische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses mit jeweiliger Ermächtigungsambulanz leiten. Zusätzlich konnte ein Amtsarzt mit größerer Konsiliar- und Gutachtentätigkeit befragt werden.

2. Vorbereitung der Untersuchung

Namen und Anschriften der in die Untersuchung einzubeziehenden Nervenärzte wurden den aktuellen Verzeichnissen der jeweiligen Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Hessens und Baden-Württembergs, sowie einem Verzeichnis überweisender Ärzte der Universitäts-Nervenklinik Würzburg entnommen. Ein im November 1978 von der Universitäts-Nervenklinik aus versandtes Schreiben kündigte die Untersuchung an und erläuterte deren Thematik und Zweck; es enthielt weiterhin Informationsmaterial über im Raum Würzburg bereits bestehende (Gemeindeclub - "Mittwochclub" - in Würzburg, Rehabilitationseinrichtung "Haus St. Michael" in Neustadt/Main) oder geplante (Übergangswohnheim, Tagesklinik und Sozialpsychiatrischer Dienst in Würzburg) teilstationäre und komplementäre Dienste.

Die telefonische Absprache der Termine für die Interviews gestaltete sich schwierig, da sie in die für niedergelassene Nervenärzte besonders arbeitsintensiven Monate Dezember bis Februar fielen. Um so erfreulicher war das allgemeine Interesse an den Inhalten der Untersuchung, sowie die Tatsache, daß nur einer der Betroffenen wegen Arbeitsüberlastung nicht zur Mitarbeit bereit war.

3. Methode der Befragung

Die Befragung erfolgte nach der Methode des halbstrukturierten Interviews - aus zwei Gründen. Zum einen kommt der Untersuchung eher der Charakter einer Vorstudie zu, da entsprechende Arbeiten im deutschen Sprachraum nicht existieren; es war deshalb eine gewisse Flexibilität bei der Befragung zu fordern, die durch die Methode des halbstrukturierten Interviews gegeben ist. Den zweiten Grund stellt die Intention der Untersuchung dar. Es ging nicht nur darum, quantifizierbare Information über expertendefinierte Bedürfnisse zu erfragen; es sollte vielmehr auch die Möglichkeit zur Mitteilung von Erfahrungen, Meinungen, Vorschlägen und Kritiken geboten werden, wozu die Befragungsmethode des standardisierten Interviews keinen Raum läßt.

Ein besonderes Problem bildete der Informationsmodus. Relativ objektive Information - gleich welcher Thematik - ließe sich nur aus den Aufzeichnungen der Karteien oder aus sonstigen Unterlagen der Praxis gewinnen. Der zeitliche und organisatorische Aufwand eines solchen Unterfangens wäre jedoch bei den nach Tausenden zählenden Karteien praktizierender Nervenärzte unzumutbar. Insbesondere hätte die Frage nach dem Bedarf an bestimmten Einrichtungen es erforderlich gemacht, daß der betreffende Nervenarzt seine Kartei nach den Patienten einer bestimmten Zeitperiode durchsieht, um sie anhand bestimmter, vordefinierter Kriterien als für eine solche Einrichtung in Frage - oder nicht in Frage kommend zu kategorisieren. Die Zahl der zur Mitarbeit bereiten Ärzte wäre bei einem solchen Anspruch ziemlich gering gewesen - und dadurch auch die Aussagekraft so gewonnener Informationen.

Aus den genannten Gründen wurde bei zu ermittelnden quantitativen Angaben nach geschätzten Werten (entsprechend der Erinnerung der Ärzte) gefragt. Auf diese

Weise konnten - bis auf einen - alle Nervenärzte des zu untersuchenden Gebietes zur Mitarbeit gewonnen werden und ein breites thematisches Spektrum bei relativ kurzer Interviewdauer angesprochen werden.

4. Erstellung des Fragebogens

Die Befragung umfaßte neben den in dieser Arbeit darzustellenden noch eine Reihe weiterer Themen: Altersstruktur und Ausbildung der niedergelassenen Nervenärzte; Struktur der nervenärztlichen Praxis; Diagnosenverteilung in der nervenärztlichen Praxis; Kommunikation und Kooperation zwischen niedergelassenen Nervenärzten und psychiatrischen Institutionen; Problematik der Einstellung der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken aus der Sicht des Nervenarztes; Erfahrungen niedergelassener Nervenärzte in der Neurosenbehandlung.*)

Die hier darzustellenden Inhalte der Befragung umfassen die folgenden Themen:

1) Die teilstationären bzw. komplementären Einrichtungen Gemeindeclub, Übergangswohnheim, Rehabilitationseinrichtung, Tagesklinik und Sozialpsychiatrischer Dienst aus der Sicht der niedergelassenen Nervenärzte:
   - Informiertheit bezüglich solcher Einrichtungen
   - Erfahrungen mit solchen Einrichtungen
   - Einschätzung des Bedarfs an solchen Einrichtungen
   - Bereits bestehende Alternativen zu solchen Einrichtungen
   - Diagnosen der für solche Einrichtungen in Frage kommenden Patienten
   - Beurteilung der relativen Vordringlichkeit solcher Einrichtungen (Stellung zu solchen Einrichtungen).

---

*) Die drei erstgenannten Themen (Altersstruktur und Ausbildung der niedergelassenen Nervenärzte; Struktur der nervenärztlichen Praxis; Diagnosenverteilung in der nervenärztlichen Praxis) sind ebenfalls Gegenstand einer Dissertation (Kappos 1980).

2) Beurteilung der psychiatrischen Versorgung bezüglich des zusätzlichen Bedarfs an einer Reihe von psychosozialen Diensten.

3) Vorschläge und Kritiken niedergelassener Nervenärzte bezüglich neuzuschaffender Einrichtungen zur psychosozialen Versorgung.

Die Umsetzung der genannten Themen in Fragen erfolgte - mangels in der Literatur bereits existierender entsprechender Fragebögen - durch den Untersucher selbst. Deshalb seien einige Besonderheiten des Inhalts und der Formulierung der Fragen an dieser Stelle erläutert und begründet (die in Klammern angegebenen Fragennummern beziehen sich auf den im Anhang auf Seite 116-118 vollständig wiedergegebenen Fragebogen):

- Bei der Frage nach der Informiertheit bezüglich der teilstationären und komplementären Einrichtungen wurde unterschieden zwischen den speziellen "Würzburger" Einrichtungen (Frage B 1.1.) und solchen Einrichtungen allgemein (Frage B 1.2.); beide Fragestellungen schienen von Interesse.

- Die Bedarfseinschätzung (Frage B 3) sollte für den "Typus" der Einrichtung gelten und unabhängig von den Konzeptionen spezieller, bereits existierender solcher Einrichtungen erfolgen. Zu diesem Zweck wurde eine Kurzbeschreibung der fünf Einrichtungen formuliert, in der Funktionsweise und Aufgaben beschrieben sind, und die den Befragten zur Orientierung und als Erinnerungsstütze dienen sollte. Auf diese Weise konnten auch die noch nicht über solche Einrichtungen informierten Nervenärzte eine Schätzung des Bedarfs vornehmen. Der Text dieser Definitonen findet sich im Anhang auf Seite 119.

- Da die Bedarfseinschätzung (Frage B 3) unabhängig von der Entfernung zu bereits bestehenden Einrichtungen erfolgen sollte, wurde die entsprechende Frage mit einem Zusatz ver-

sehen, demzufolge der Beurteiler des Bedarfs voraussetzen sollte, daß die Einrichtungen für die in Frage kommenden Patienten gut erreichbar sind.

- Um vergleichbare Bedarfszahlen zu erhalten (Frage B 3), sollten die Schätzungen sich auf den Zeitraum eines Jahres beziehen; als Maßstab für die Schätzung wurde die Erinnerung an die Praxisklientel des zurückliegenden Jahres nahegelegt.

- Im Zusammenhang mit der Bedarfseinschätzung wurde auch nach den hauptsächlichen Diagnosen der Patienten gefragt (Frage B 4), die nach Meinung der Nervenärzte für die jeweiligen Einrichtungen in Frage kamen. Um für die Auswertung vergleichbare diagnostische Kategorien zu erhalten, sollte die Bestimmung der Diagnosen anhand eines vorgelegten, einheitlichen Diagnosenschlüssels erfolgen. Für den genannten Zweck mußte der Schlüssel übersichtlich sein, um eine schnelle Orientierung zu ermöglichen; er konnte so nur diagnostische Hauptkategorien enthalten (der in Anlehnung an die ICD-Klassifikation verfaßte Schlüssel ist im Anhang auf Seite 120 wiedergegeben). Wegen der speziellen Zielrichtung dieser Befragung in Hinblick auf teilstationäre und komplementäre Einrichtungen wurde auch die Diagnose "Hospitalismusgeschädigt" mit in den Schlüssel aufgenommen.

- Die Frage nach bisherigen Alternativen für die fünf Einrichtungen (B 5) erforderte eine Entscheidung des Befragten darüber, ob bisher gebräuchliche Behandlungsmodalitäten als ausreichende Alternativen für die fünf Einrichtungen insgesamt angesehen werden können. Im zweiten Teil der Frage wurden konkrete Angaben über existierende Alternativen erfragt.

- Die Beurteilung der relativen Vordringlichkeit der fünf Einrichtungen (Frage B 6) sollte durch die Methode der Rangreihenbildung zu quantifizierbaren Ergebnissen führen.

Indirekt wurde dadurch auch die Stellung zu diesen Einrichtungen erfaßbar.

- Um die Ergebnisse der Frage nach dem zusätzlichen Bedarf an verschiedenen psychosozialen Diensten (Frage B 8) quantifizierbar zu machen, sollte die Beurteilung des Bedarfs nach drei Kategorien vorgenommen werden.

- Bei der Frage nach Vorschlägen und Anregungen (Frage B 7) wurde bewußt auf jede Kategorisierung verzichtet und von vorneherein eine kasuistische Auswertung vorgesehen; jede methodische Vorstrukturierung der Antworten hätte eine Einengung der gewünschten Meinungsäußerung bedeutet.

5. Durchführung der Untersuchung

Die Interviews wurden von zwei Untersuchern durchgeführt, die etwa ein Jahr vor der Befragung ihr Medizinstudium abgeschlossen hatten; beide hatten im Rahmen ihrer Ausbildung Gelegenheit, einige Zeit in einem psychiatrischen Krankenhaus zu arbeiten.

Zwischen dem 20.12.1978 und dem 1.3.1979 wurden 44 Nervenärzte von jeweils einem oder beiden Untersuchern in ihrer Praxis aufgesucht. Die durchschnittliche Dauer eines Interviews betrug etwa eine Stunde, mit einem Minimum von einer halben und einem Maximum von zweieinhalb Stunden.

Jedes Interview wurde mit einer kurzen Darstellung des Vorhabens sowie mit dem Hinweis eingeleitet, daß die Auswertung anonym erfolge. Während der Durchführung der eigentlichen Befragung beschränkte sich der Interviewer auf die Formulierung von ergänzenden Fragen. Am Ende des Gesprächs war dann Gelegenheit gegeben, Fragen oder Kritik zu besprechen.

Um eine gewisse Durchführungsobjektivität zu gewährleisten, wurden fünf der Interviews von beiden Untersuchern gemeinsam durchgeführt, wobei jeweils einer die Befragung übernahm und einer beobachtete und mitprotokollierte.

Die Dokumentierung erfolgte zum einen durch möglichst vollständige Mitschrift des Gesprächs durch den Interviewer; zum anderen konnte mit Zustimmung von 39 der Befragten das Interview auf Tonband aufgenommen werden*) (nur vier Nervenärzte lehnten eine Tonbandaufnahme ab). Die Tonbandaufnahmen dienten sowohl zur vollständigeren und möglichst unverzerrten Dokumentation, als auch zur gegenseitigen Überprüfung, Kritik und Verbesserung der Interview-Technik. Zur Sicherung der Anonymität wurden Tonbandaufnahmen und Mitschriften mit Code-Nummern versehen, deren Schlüssel nur den Untersuchern bekannt war.

6. Auswertung der Untersuchung

Die Mitschriften der Gespräche und vollständigen Abschriften der Tonbandaufnahmen bildeten die Grundlage der Auswertung. Um den Untersuchereffekt möglichst zu kontrollieren, wurden die erhaltenen Daten nur dort kategorisiert, wo es anhand von eindeutigen Kriterien durchgängig möglich war. Die jeweilige Kategorisierung erfolgte durch beide Untersucher getrennt. Beim Vergleich der unabhängig durchgeführten Auswertungen ergab sich eine hohe Übereinstimmung.

---

*) Die hier nicht darzustellenden Fragenkomplexe bezüglich persönlicher Daten und Ausbildung sowie bezüglich der Struktur der Praxen wurden nur mitprotokolliert (vgl. Fußnote S. 63).

Die Auswertung einiger Fragen erfolgte nach Regionen. Hierfür wurden die Versorgungsräume entsprechend dem Entwurf des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung für ein "Aktionsprogramm Psychiatrische Versorgung in Bayern" (Stand Mai 1978) zugrundegelegt; zusätzlich wurde der hessische Landkreis Fulda als eigenständiges Versorgungsgebiet angesehen (siehe auch Abb. 1a).

Je nach Thema der Frage konnten bei der Auswertung die Antworten einzelner Nervenärzte nicht verwertet werden. Das Nähere hierzu findet sich in den entsprechenden Abschnitten der Darstellung der Ergebnisse.

Auf eine weitergehende statistische Verarbeitung der erhaltenen Daten wurde in dieser Untersuchung verzichtet: Einerseits, weil es sich um eine orientierende Vorstudie handelt, die noch nicht von konkreten zu überprüfenden Hypothesen ausgehen konnte, andererseits, weil die Erhebung praktisch die Gesamtheit der zu untersuchenden Personengruppe erfaßt hat, für die sie beansprucht, gültige Aussagen zu treffen. Weitergehende verallgemeinernde Schlüsse waren nicht intendiert. Schließlich ist die Aussagekraft von statistisch verarbeiteten Schätzzahlen in der empirischen Sozialforschung ohnehin umstritten.

IV. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

Da die Einrichtungen, die Gegenstand dieser Untersuchung sind, hauptsächlich für die gemeindenahe Versorgung konzipiert sind, erschien es sinnvoll, einigen der Fragen, sowie deren Auswertung einzelne Versorgungsräume zugrunde zu legen. Als Basis für die Festlegung von Versorgungsgebieten diente das "Aktionsprogramm psychiatrische Versorgung in Bayern" (Entwurf, Stand Mai 1978), auf das bereits im Kapitel III eingegangen wurde. Zur besseren Veranschaulichung wurde bei der Darstellung möglichst viel von Abbildungen Gebrauch gemacht.

1. Die fünf Einrichtungen: Gemeindeclub, Übergangswohnheim, Rehabilitationseinrichtung für psychisch Behinderte, Tagesklinik und Sozialpsychiatrischer Dienst aus der Sicht niedergelassener Nervenärzte

In diesem Abschnitt sollen die Ergebnisse der Befragung von 43 Nervenärzten bezüglich der fünf genannten Einrichtungen dargestellt werden. Hierbei wird unterschieden zwischen den speziellen Einrichtungen im Versorgungsgebiet Würzburg*) und ähnlichen Einrichtungen im allgemeinen. Da zum einen die speziellen "Würzburger" Einrichtungen außerhalb des Würzburger Versorgungsbereichs praktisch nicht bekannt waren, zum anderen ein zu weit gefaßtes Einzugsgebiet der Konzeption dieser Einrichtungen nicht entspräche, wurden bezüglich der speziellen Einrichtungen nur die Antworten der 11 Nervenärzte ausgewertet, die in diesem Versorgungsgebiet niedergelassen waren.

---

*) Bereits bestehend: Gemeindeclub ("Mittwochclub") in Würzburg, Rehabilitationseinrichtung in Neustadt/Main. Geplant bzw. im Aufbau befindlich: Übergangswohnheim, Tagesklinik und Sozialpsychiatrischer Dienst in Würzburg (vgl. S. 2).

1.1. Informiertheit über die fünf Einrichtungen

Um Informiertheit und Informationsquellen der niedergelassenen Nervenärzte im Raum Würzburg bezüglich der fünf Einrichtungen zu erfassen, wurde folgende Frage gestellt: "Inwieweit waren Sie bereits vor der Ankündigung dieses Interviews über die folgenden, im Brief an Sie genannten Einrichtungen informiert? Woher stammte diese Information? a) Mittwoch-Club b) Übergangswohnheim Scanzoni-Straße c) Rehabilitationseinrichtung Haus St. Michael in Neustadt/Main d) Tagesklinik an der Universitäts-Nervenklinik e) Sozialpsychiatrischer Dienst in Würzburg".

Der Anteil der über die einzelnen Einrichtungen informierten Nervenärzte schwankte zwischen neun von elf bezüglich der bereits bestehenden Einrichtungen Mittwoch-Club und Haus St. Michael Neustadt/Main und zwei von elf bezüglich der Pläne zum Aufbau eines Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Als Informationsquelle wurde meist das Gespräch mit Fachkollegen sowie Fortbildungstagungen genannt; nur beim Mittwoch-Club gaben alle neun informierten Nervenärzte an, daß sie bereits über Patienten Kontakt damit hatten. Eine nähere Darstellung der Ergebnisse findet sich in Abb. 1.1.a sowie in Tabelle A 1 des Anhangs.

Allen 43 Nervenärzten wurde die Frage gestellt: "Inwieweit und wodurch waren Sie bereits über Einrichtungen informiert, die den im Brief an Sie genannten entsprechen? a) Gemeindeclub b) Übergangswohnheim c) Rehabilitationseinrichtung für psychisch Behinderte d) Tagesklinik e) Sozialpsychiatrischer Dienst".

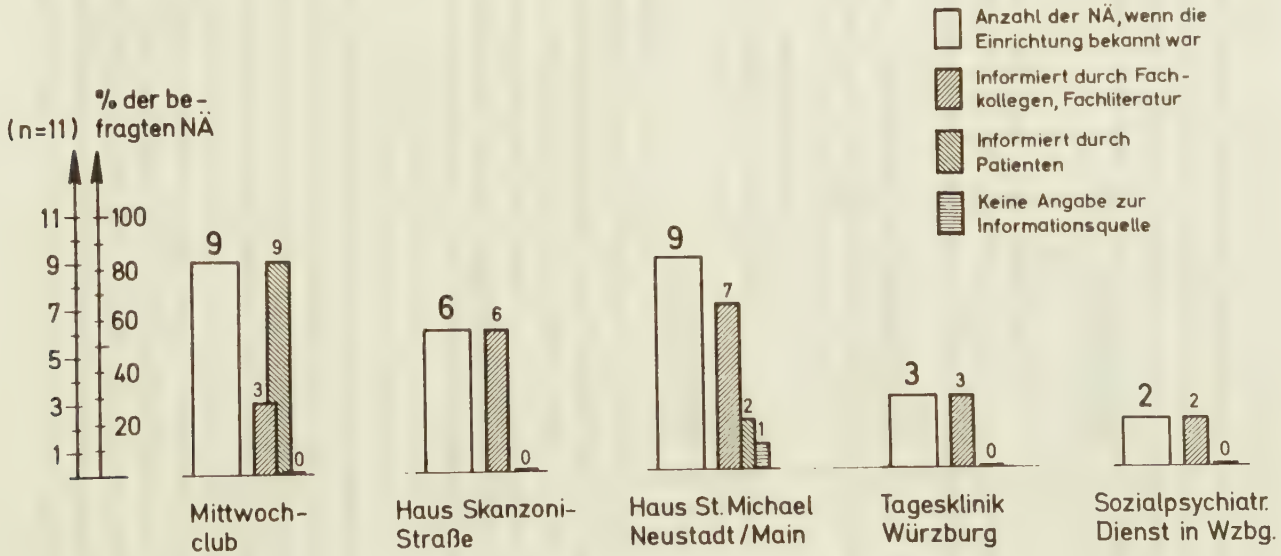


Abb. 1.1.a:
Anzahl der über die einzelnen Einrichtungen informierten niedergelassenen Nervenärzte, sowie angegebene Informationsquellen. (Nur die Antworten der Nervenärzte im Versorgungsbereich Würzburg wurden berücksichtigt; einige gaben mehrere Informationsquellen an.)

Etwa 2/3 der Nervenärzte waren jeweils über Tageskliniken, Übergangswohnheime, Reha-Einrichtungen sowie Gemeindeclubs informiert, knapp die Hälfte über Sozialpsychiatrische Dienste. Während der Anteil der Nervenärzte im Versorgungsgebiet Würzburg mit elf von 43 gerade 26 % der Gesamtzahl der Befragten beträgt, liegt ihr Anteil an den jeweils über eine Einrichtung allgemein informierten Nervenärzten mit 42 % beim Gemeindeclub, 37 % beim Übergangswohnheim und 33 % bei der Reha-Einrichtung deutlich höher. Nur bezüglich Tagesklinik und Sozialpsychiatrischem Dienst (28 resp. 30 %) entsprechen sich die Anteile nahezu.

Als hauptsächliche Informationsquellen wurden wieder Gespräche mit Fachkollegen, Teilnahme an Fortbildungsseminaren und Lektüre der Fachliteratur angegeben. Nur vereinzelt bestand bereits über gemeinsame Patienten Kontakt zu solchen Einrichtungen. Eine genaue Aufschlüsselung der Ergebnisse findet sich in Abb. 1.1.b sowie in Tabelle A 1 des Anhangs.

1.2. Bisherige Erfahrungen mit solchen oder ähnlichen Einrichtungen

Der Wortlaut der für diesen Abschnitt relevanten Frage (B.2.) findet sich im Anhang (S. 116).

Von den fünf "Würzburger" Einrichtungen bestanden zum Zeitpunkt der Untersuchung nur zwei: Der Mittwoch-Club und die Reha-Einrichtung Neustadt/Main.

Von den neun Nervenärzten, die angaben, Patienten zu betreuen, die den Mittwoch-Club besuchen, hatten vier überwiegend positive Erfahrungen zu berichten, drei enthielten sich eines Urteils und zwei äußerten sich vorwiegend negativ. Negativ wurde dem Mittwoch-Club angerechnet, daß der Rahmen zu unverbindlich sei, als positiv wurde die Möglich-

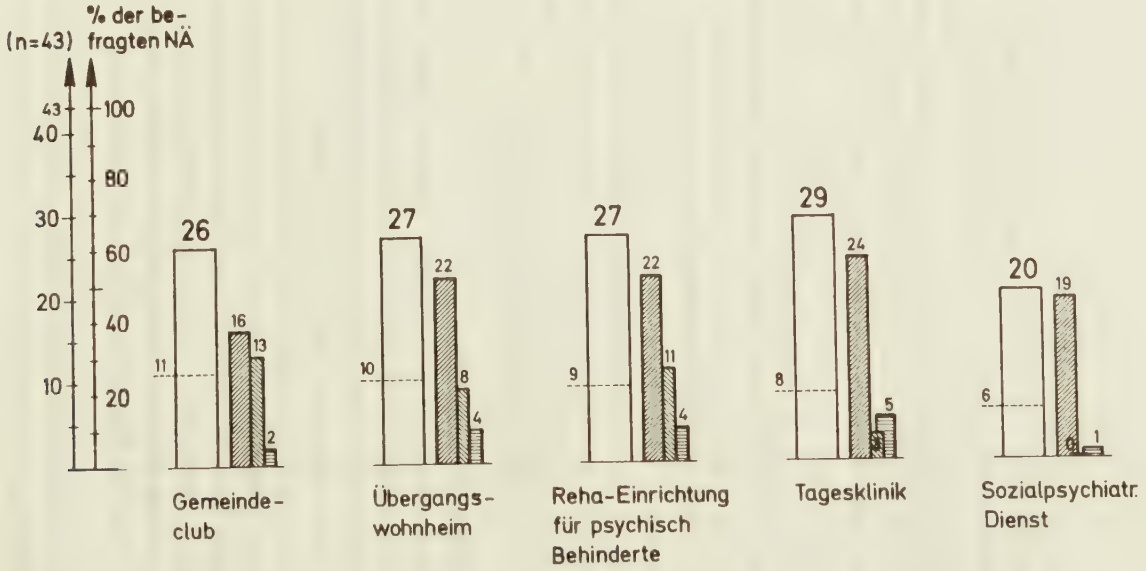


Abb. 1.1.b:
Anzahl der Nervenärzte, die jeweils angaben, daß sie über die Existenz solcher Einrichtungen informiert waren, sowie angegebene Informationsquellen. (Zugrundegelegt wurden die Antworten von 43 Nervenärzten; einige gaben mehrere Informationsquellen an.) Die gestrichelte Linie gibt die Anzahl der über solche Einrichtungen informierten Nervenärzte aus dem Versorgungsgebiet Würzburg an. (Erklärung der Schraffierungen wie Abb. 1.1.a)

keit zur Freizeitgestaltung sowie die Förderung der Selbständigkeit von Patienten hervorgehoben.

Von allen befragten Nervenärzten hatten nur drei über Patienten Kontakt mit der Reha-Einrichtung Neustadt/Main. Zwei davon beklagten die großen organisatorischen Schwierigkeiten bei Versuchen, Patienten dort unterzubringen (Kostenträger-Frage, teilweise vorherige stationäre Aufnahme im Bezirkskrankenhaus Lohr gefordert).

Mit Gemeindeclubs hatten von den Nervenärzten außerhalb Würzburg vier gewisse Erfahrungen durch Patienten. Drei von ihnen äußerten sich überwiegend positiv über die dort geleistete Arbeit, einer enthielt sich eines Urteils.

Patienten aus Übergangswohnheimen und ähnlichen Einrichtungen hatten acht der 43 Nervenärzte. Fünf schätzten die Effekte dieser Einrichtungen positiv ein, einer negativ, zwei äußerten keine Meinung.

Mit Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Behinderte hatten insgesamt elf von 43 Nervenärzten Kontakt über gemeinsame Patienten. Acht äußerten sich positiv und drei enthielten sich eines Urteils.

Drei von 43 Nervenärzten hatten Patienten, die von einer Tagesklinik betreut worden waren. Einer hatte positive Erfahrungen zu berichten, zwei enthielten sich eines Urteils.

1.3. Bereits bestehende Alternativen zu den fünf Einrichtungen

Auf die Frage, ob sie der Meinung sind, daß es für die genannten fünf Einrichtungen bisher ausreichende Alternativen gab (Frage B.5.1. - 2., Anhang S. 117), antworteten nur vier Nervenärzte mit "ja", eine Antwort war nicht verwertbar, und 38 hielten die bisher bestehenden Alternativen für nicht ausreichend. Als bisherige alternative Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten für Patienten, die für eine der fünf Einrichtungen in Frage gekommen wären, wurden genannt (in Klammern ist jeweils die Häufigkeit der Nennung angegeben):

- Eigener vermehrter Einsatz (16)
- Werkstätten und Wohnheime für geistig Behinderte, die auch psychisch Kranke in geringer Zahl aufnehmen (12)
- Längere und häufigere Aufenthalte in Psychiatrischen Krankenhäusern (12)
- Beratungsstellen kirchlicher, kommunaler und staatlicher Träger (10)
- Psychosomatische Kliniken (7)
- Gesundheitsämter (4)
- Arbeitsämter (3)
- Einweisung in nichtpsychiatrische Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern (3)
- Landesversicherungsamtliche Heilverfahren, Erholungskuren, verschiedene weit entfernte Reha-Einrichtungen, Vereine, Clubs etc. (jeweils 1 - 2)

Einen Überblick über die räumliche Verteilung der fünf existierenden bzw. geplanten Einrichtungen sowie wichtige alternativ zu diesen von Nervenärzten genannte ähnliche Einrichtungen im Befragungsgebiet gibt Abb. 1.3. Dieser Überblick erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da er sich praktisch ausschließlich auf die Angaben der Befragten stützt.

1.4. Bedarfseinschätzung für die fünf Einrichtungen

Um den Bedarf zu ermitteln, den niedergelassene Nervenärzte für die teilstationären und komplementären Einrichtungen Gemeindeclub, Übergangswohnheim, Rehabilitationseinrichtung, Tagesklinik und Sozialpsychiatrischer Dienst sehen, wurde ihnen die folgende Frage gestellt:

"Für wieviele Patienten durchschnittlich pro Jahr aus Ihrer Praxis sehen Sie einen Bedarf an den genannten - oder diesen entsprechenden - Einrichtungen, wenn Sie das vergangene Jahr zum Maßstab nehmen?"

Für die Nervenärzte außerhalb des Würzburger Versorgungsbereiches wurde diese Frage mit dem Zusatz versehen: "Setzen Sie bitte voraus, diese Einrichtungen wären für Ihre Patienten gut erreichbar."

1.4.1. Bedarfseinschätzungen der Nervenärzte des Gesamtbefragungsraumes und der Nervenärzte des Würzburger Versorgungsbereiches

a) Absolutbedarf und durchschnittlicher Bedarf

Der von 42 niedergelassenen Nervenärzten im Gesamtbefragungsraum angegebene Bedarf für die einzelnen Einrichtun-

Abb. 1.3.:
Überblick über die räumliche Verteilung der fünf Einrichtungen: Gemeindeclub, Übergangswohnheim, Rehabilitationseinrichtung für psychisch Behinderte, Tagesklinik und Sozialpsychiatrischer Dienst im Befragungsraum, sowie wichtige, von Nervenärzten als mögliche Alternativen genannte Einrichtungen.

gen sowie der darin enthaltene von den 11 Nervenärzten der Würzburger Versorgungsregion genannte Bedarf sind in Abbildung 1.4.1.a_1 sowie in Tabelle A 2 des Anhangs wiedergegeben.

Die Anzahl der Nervenärzte des Würzburger Raumes hat an der Gesamtzahl der befragten Nervenärzte einen Anteil von 26 %. Vergleicht man mit diesem Wert den Anteil des von Würzburger Nervenärzten geäußerten Bedarfs am Gesamtbedarf, so entsprechen sich beide Werte etwa für die Tagesklinik (26 %) und für die Rehabilitationseinrichtung (22 %). Beim Übergangswohnheim (19 %) liegt der Bedarfsanteil der Würzburger Nervenärzte jedoch unter, bei Tagesklinik (36 %) und Gemeindeclub (40 %) erheblich über dem ihrer Anzahl entsprechenden Anteil.

Mittelt man die von den einzelnen Nervenärzten für jede der fünf Einrichtungen geschätzten Bedarfszahlen, so erhält man die durchschnittliche Anzahl von Patienten pro Praxis und Jahr, die für die jeweilige Einrichtung genannt

Abb. 1.4.1.a_1:
Von den niedergelassenen Nervenärzten angegebener Gesamtbedarf für die jeweiligen Einrichtungen in Absolutzahlen, aufgeschlüsselt nach dem Versorgungsraum Würzburg und der Gesamtheit der übrigen Versorgungsräume. Die Zahlen beziehen sich auf die von 42 Nervenärzten angegebene Anzahl der pro Jahr für die jeweilige Einrichtung aus ihrer Klientel in Frage kommenden Patienten. Die Prozentzahlen geben den Anteil des von Nervenärzten des Versorgungsraumes Würzburg angegebenen Bedarfs am Gesamtbedarf an (z. Vergl.: Der Anteil der Anzahl der Nervenärzte der Würzburger Region (11) an der des Gesamtbefragungsraumes (42) beträgt 26 %).

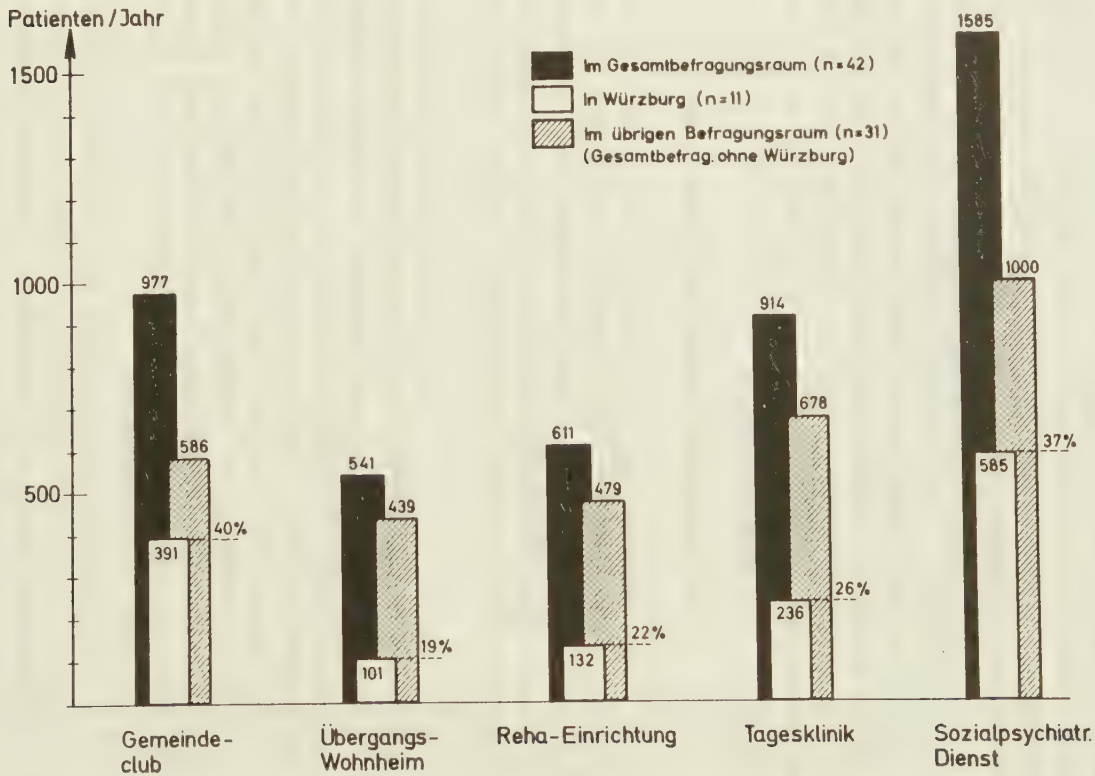

Patienten / Jahr
1500
1000
500
Im Gesamtbefragungsraum (n=42)
In Würzburg (n=11)
Im übrigen Befragungsraum (n=31)
(Gesamtbefrag. ohne Würzburg)
977
586
391
40%
541
439
101
19%
611
479
132
22%
914
678
236
26%
1585
1000
585
37%
Gemeinde-club
Übergangs-Wohnheim
Reha-Einrichtung
Tagesklinik
Sozialpsychiatr. Dienst

Abb. 1.4.1.a$_1$

wurde. Abbildung 1.4.1.a_2 zeigt, daß der größte durchschnittliche Bedarf für den Sozialpsychiatrischen Dienst angegeben wurde mit 38 Patienten pro Praxis und Jahr, gefolgt von Gemeindeclub (23), Tagesklinik (22), Rehabilitationseinrichtung (15) und Übergangswohnheim (13).

Wie im vorhergehenden Abschnitt bereits durch die Absolutzahlen zum Ausdruck kommt, liegt der durchschnittlich pro Praxis und Jahr geschätzte Bedarf im Würzburger Bereich für die Einrichtungen Sozialpsychiatrischer Dienst (53) und Gemeindeclub (36) erheblich über, beim Übergangswohnheim (9) etwas unter dem durchschnittlichen Bedarf im Gesamtbefragungsraum. Für die Einrichtungen Tagesklinik und Rehabilitationseinrichtung entsprechen sich die betreffenden Zahlen in etwa (22 bzw. 12).

Die Reihenfolge der Einrichtungen nach der Größe des für sie jeweils geschätzten durchschnittlichen Bedarfs bleibt jedoch für die Würzburger Versorgungsregion die gleiche wie für den Gesamtbefragungsraum. Die Ergebnisse im einzelnen finden sich in Tabelle A 2 des Anhangs.

b) Die Größenordnung der Bedarfseinschätzungen

Die Bedarfseinschätzungen der niedergelassenen Nervenärzte variierten in ihrer Größenordnung erheblich, wie aus Abbildung 1.4.1.b und Tabelle A 3 des Anhangs ersichtlich, in denen die Bedarfsangaben nach Größenordnung gruppiert sind. Während für die Rehabilitationseinrichtung und das Übergangswohnheim die Größenordnungsklasse "1 - 10 Patienten/Jahr" deutlich stärker besetzt ist als die höheren Klassen, nimmt die Klassenbesetzung beim Gemeindeclub von der Klasse "1 - 10 Patienten/Jahr" bis zur Klasse "mehr als 100 Patienten/Jahr" kontinuierlicher ab. Dagegen sind bei den Einrichtungen Tagesklinik und Sozialpsychiatrischer Dienst die verschiedenen Größenordnungsklassen relativ gleichmäßig besetzt.

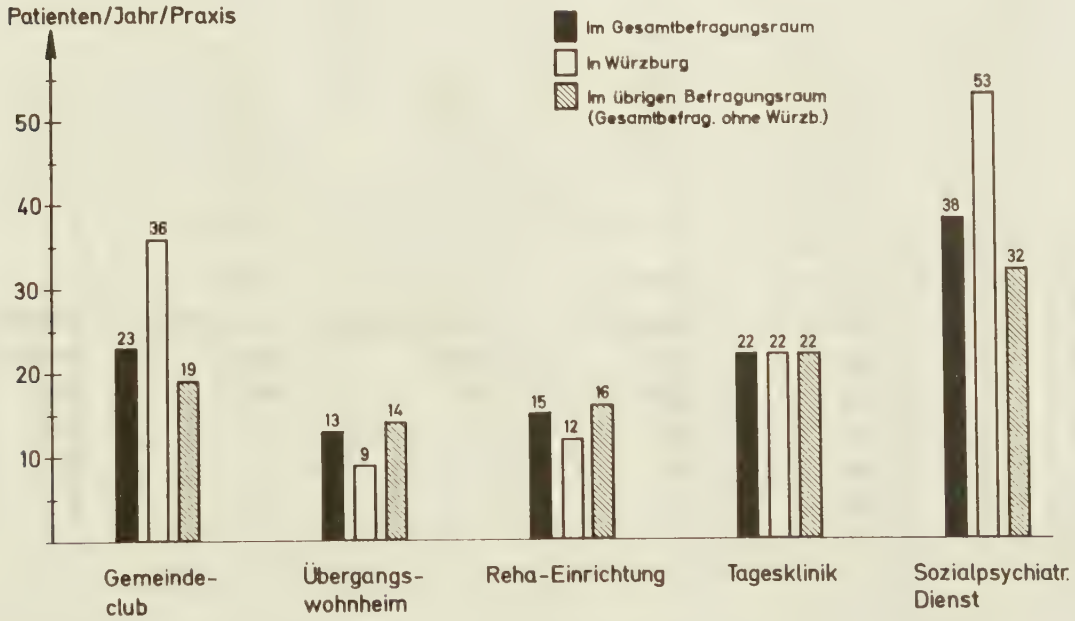


Abb. 1.4.1.a_2
Von den niedergelassenen Nervenärzten (n = 42) angegebene durchschnittliche Anzahl der pro Jahr und Praxis aus ihrer Klientel für die jeweilige Einrichtung in Frage kommenden Patienten, dargestellt für den Gesamtbefragungsraum sowie für den Würzburger und Nicht-Würzburger Raum.

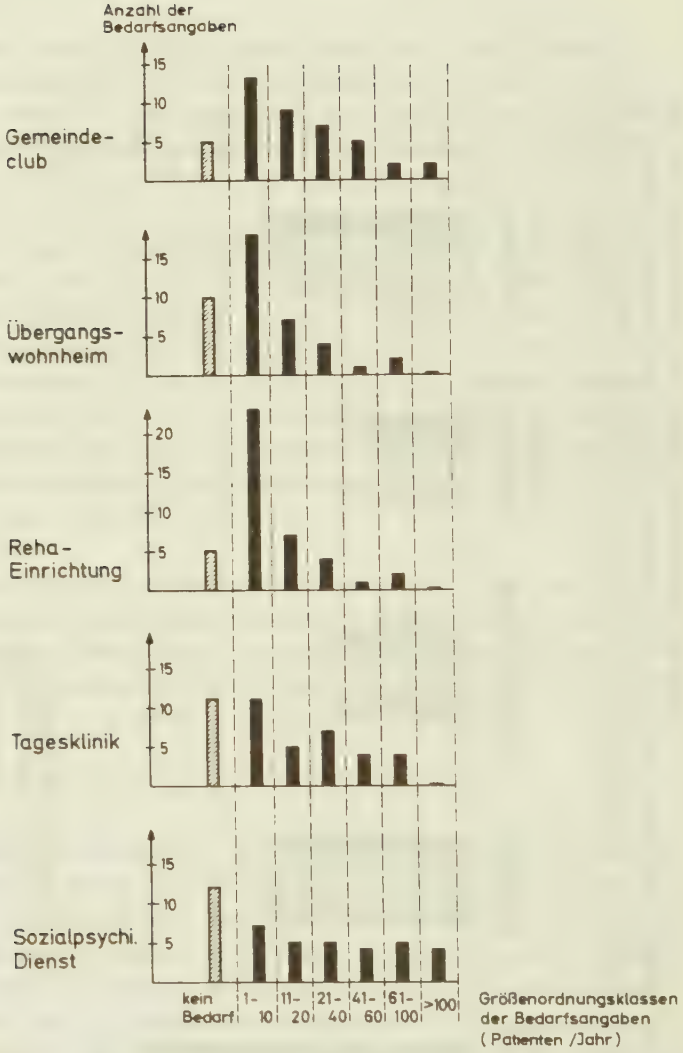


Abb. 1.4.1.b:
Bedarfsangaben der niedergelassenen Nervenärzte (n = 42) für die fünf Einrichtungen, gruppiert nach Größenordnung.

Häufiger als bei den übrigen Einrichtungen sahen niedergelassene Nervenärzte für Tagesklinik und Sozialpsychiatrischen Dienst keinen Bedarf.

1.4.2. Aufschlüsselung der Bedarfseinschätzungen nach Versorgungsregionen

Eine regionale Aufgliederung des von den niedergelassenen Nervenärzten geschätzten Bedarfs an den fünf Einrichtungen findet sich in Tabelle A 4 des Anhangs (S. 125). Abbildung 1.4.2 veranschaulicht den Bedarf, der von den Nervenärzten einer Versorgungsregion (entsprechend dem "Aktionsprogramm psychiatrische Versorgung in Bayern" 1978) angegeben wurde. Die in den einzelnen Diagrammen wiedergegebenen Bedarfszahlen für die jeweiligen Einrichtungen sind jedoch nicht direkt vergleichbar, da es sich um Absolutzahlen handelt, in denen als Summe die Bedarfsschätzungen einer unterschiedlichen Anzahl von Nervenärzten eingehen. Auf eine Darstellung des regionalen durchschnittlichen Bedarfs (pro Praxis, um eine solche Vergleichbarkeit zu erreichen) wurde verzichtet, da einerseits die Anzahl der Nervenärzte der meisten Versorgungsregionen sehr gering ist, und andererseits die einzelnen Nervenärzte sich in ihrer Bedarfseinschätzung z.T. erheblich unterschieden.

1.5. Die von den Nervenärzten für die einzelnen Einrichtungen vorgesehenen Diagnosen

Im Zusammenhang mit der Frage nach dem Bedarf wurde auch nach den Diagnosen der für die jeweiligen Einrichtungen in Frage kommenden Patienten gefragt (Frage B 4., Anhang S. 117). Ein bei der Befragung vorgelegter Diagnosenschlüssel (s. Anhang S. 120) sollte durch Vereinheitlichung der diagnostischen Klassifikation die Auswertung erleichtern. Die Ergebnisse sind in Tabelle A 5 des Anhangs zusammengefaßt (S. 126); in Abbildung 1.5. werden die fünf am häufigsten im Zusammenhang mit den einzelnen Einrichtungen genannten Diagnosen dargestellt. Bis auf eine Ausnahme bilden die Diagnosen Schizophrenie, Zyklothymie, Atypische Psychose, Neurose und Suchtleiden die Gruppe der fünf am häufigsten ge-

Abb. 1.4.2.:
Von den niedergelassenen Nervenärzten eines Versorgungsraumes (entsprechend dem "Aktionsprogramm psychiatrische Versorgung in Bayern" 1978) angegebener Bedarf in Patienten pro Jahr für die fünf Einrichtungen: Gemeindeclub, Übergangswohnheim, Reha-Einrichtung Neustadt/Main, Tagesklinik und Sozialpsychiatrischer Dienst (n = Anzahl der in der entsprechenden Region berücksichtigten Nervenärzte).

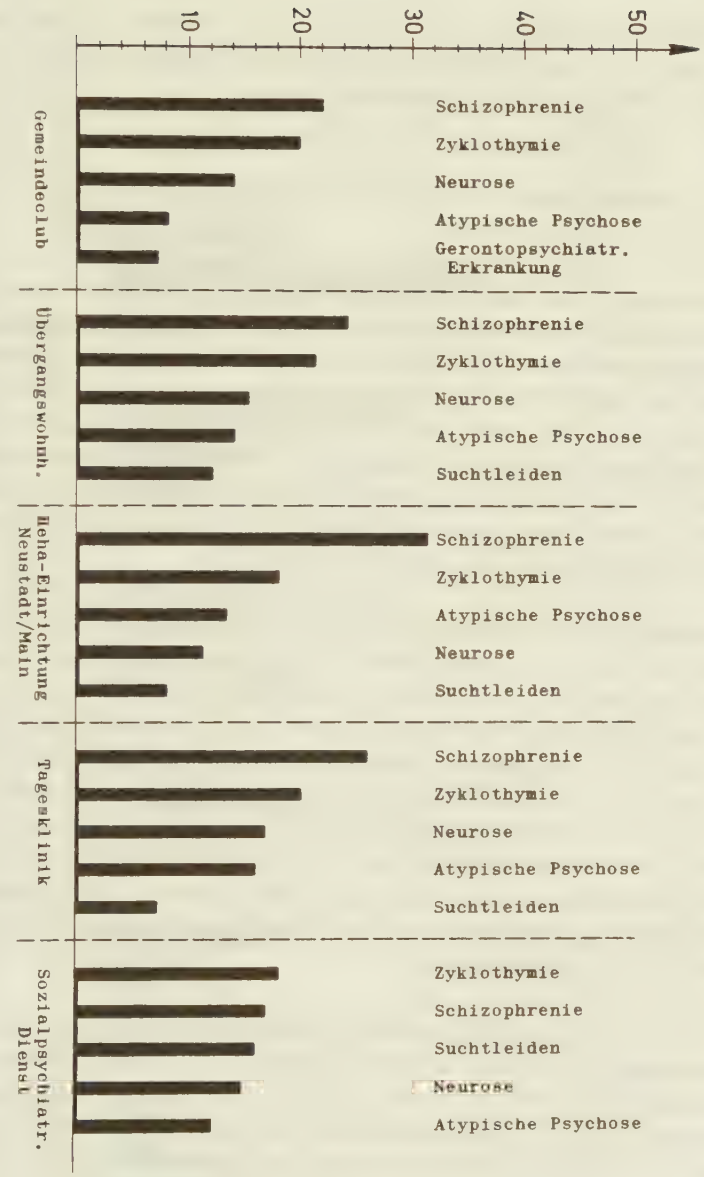


Abb. 1.5.:
Die fünf am häufigsten im Zusammenhang mit dem Bedarf an den jeweiligen Einrichtungen genannten Diagnosen in Prozent der Gesamtzahl der Diagnosennennungen.

nannten Diagnosen. Ihre Reihenfolge sowie das Ausmaß der Differenzierung zwischen den einzelnen Diagnosen wechseln dabei von Einrichtung zu Einrichtung.

1.6. Beurteilung der relativen Vordringlichkeit der fünf Einrichtungen

Die Beurteilung der relativen Vordringlichkeit der teilstationären und komplementären Einrichtungen Gemeindeclub, Übergangswohnheim, Rehabilitationseinrichtung, Tagesklinik und Sozialpsychiatrischer Dienst durch die befragten Nervenärzte sollte sich in der Beantwortung der folgenden Frage zeigen: "Welche der genannten - oder diesen entsprechenden - Einrichtungen scheinen Ihnen aus Ihrer Arbeitspraxis am vorrangigsten notwendig? Bringen Sie bitte alle fünf Einrichtungen in eine Rangreihenfolge."

Abbildung 1.6. veranschaulicht, wie häufig den jeweiligen Einrichtungen die Rangplätze 1 - 5 zugewiesen wurden sowie die Häufigkeit, mit der die einzelnen Einrichtungen als nicht notwendig eingestuft wurden (vgl. Tabelle A 6 im Anhang). Wie aus der Abbildung ersichtlich, wurde auf Rangplatz 1 die Rehabilitationseinrichtung, auf Rangplatz 2 der Gemeindeclub, auf Rangplatz 3 das Übergangswohnheim und auf Rangplatz 4 die Tagesklinik relativ zu den jeweils übrigen Einrichtungen am häufigsten genannt; auf Rangplatz 5 überwiegt geringfügig die Häufigkeit der Nennung des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Jeweils drei von 42 Nervenärzten hielten Gemeindeclub, Übergangswohnheim und Rehabilitationseinrichtung für nicht notwendige psychiatrische Dienste. Die Tagesklinik wurde sechsmal, der Sozialpsychiatrische Dienst siebenmal als nicht notwendige Einrichtungen eingestuft.

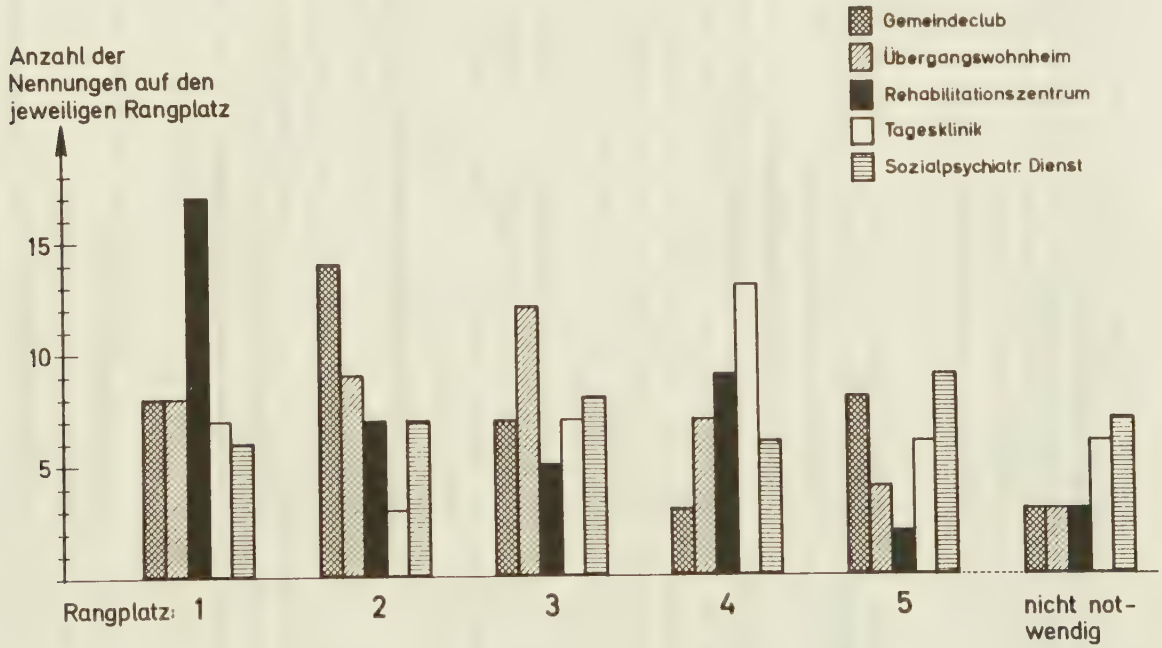


Abb. 1.6.:
Die Häufigkeit, mit der die fünf Einrichtungen auf den Rangplätzen 1 - 5 genannt wurden bei der Beurteilung ihrer relativen Vordringlichkeit, sowie die Häufigkeit ihrer Einstufung als nicht notwendig (n = 42).

2. Der Bedarf an verschiedenen Diensten zur Versorgung psychisch Kranker aus der Sicht niedergelassener Nervenärzte

2.1. Im gesamten Befragungsraum

Um die Meinung der niedergelassenen Nervenärzte über den Bedarf an verschiedenen Diensten zur Versorgung psychisch Kranker zu erfassen, wurden die Befragten aufgefordert, 20 verschiedene Dienste in eine der folgenden Kategorien einzuordnen (Frage B 8., Anhang S. 117):

- dringender Bedarf
- vorhandener, jedoch weniger dringender Bedarf
- kaum ein zusätzlicher Bedarf

Das Ergebnis dieser Einstufung, bezogen auf den gesamten Befragungsraum, findet sich in Abb. 2.1. und Tabelle A 7 des Anhangs.

Mehr als 50 % der Befragten gaben einen dringenden Bedarf für folgende Dienste an: Psychogeriatrische Einrichtungen, Arbeitsplätze für Arbeitsversuche, Spezialeinrichtungen für Suchtkranke, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Folgende Dienste wurden von mehr als 50 % der Befragten in die Kategorie 'kaum ein zusätzlicher Bedarf' eingestuft:

Abb. 2.1.
Einschätzung des Bedarfs an verschiedenen Diensten zur Versorgung psychisch Kranker durch niedergelassene Nervenärzte. Prozentualer Anteil der Nervenärzte, die jeweils einen dringenden bzw. weniger dringenden Bedarf für den jeweiligen Dienst angaben.

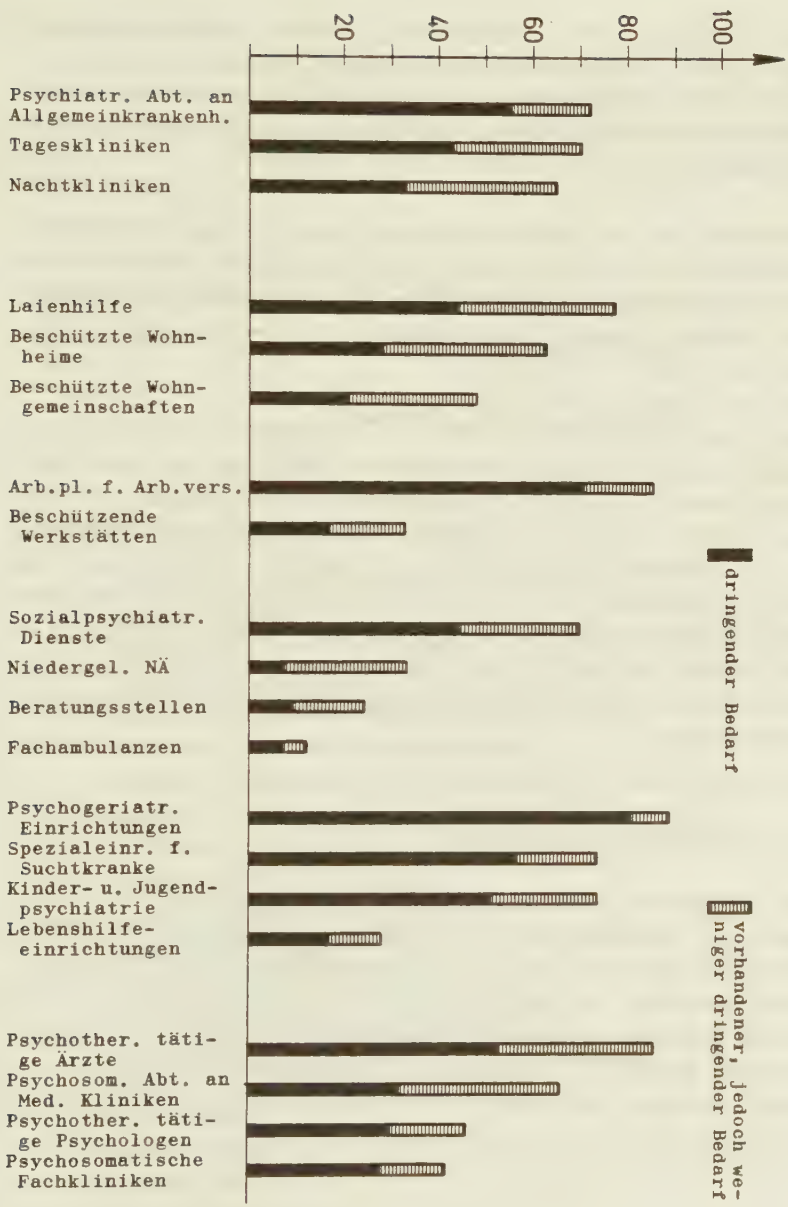

% Anteil der Einstufungen in jede Bedarfsgruppe
20
40
60
80
100
Psychiatr. Abt. an Allgemeinkrankenh.
Tageskliniken
Nachtkliniken
Laienhilfe
Beschützte Wohnheime
Beschützte Wohngemeinschaften
Arb.pl. f. Arb.vers.
Beschützende Werkstätten
Sozialpsychiatr. Dienste
Niedergel. NÄ
Beratungsstellen
Fachambulanzen
Psychogeriatr. Einrichtungen
Spezialeinr. f. Suchtkranke
Kinder- u. Jugendpsychiatrie
Lebenshilfeeinrichtungen
Psychother. tätige Ärzte
Psychosom. Abt. an Med. Kliniken
Psychother. tätige Psychologen
Psychosomatische Fachkliniken
dringender Bedarf
vorhandener, jedoch weniger dringender Bedarf

Abb. 2.1.

Fachambulanzen, Beratungsstellen, weitere niedergelassene Nervenärzte, Lebenshilfeeinrichtungen, beschützte Werkstätten, psychosomatisch/psychotherapeutische Fachkliniken, psychotherapeutisch tätige Psychologen und beschützte Wohngemeinschaften.

Zusätzlich zu der Frage nach dem Bedarf an Spezialeinrichtungen für Suchtkranke wurde eruiert, ob die niedergelassenen Nervenärzte eine getrennte oder gemeinsame Behandlung von Alkoholkranken, Tablettenabhängigen und Drogenabhängigen für sinnvoll erachten.

Acht von 43 Nervenärzten hielten sich für zu wenig kompetent, um diese Frage zu beantworten, elf neigten mehr zur gemeinsamen Behandlung Suchtkranker, und 23 befürworteten getrennte Behandlung; davon waren neun für eine Aufteilung in Spezialabteilungen jeweils für Alkohol-, Tabletten- und Drogenabhängige, elf für eine Unterscheidung zwischen Alkohol- und Tablettensüchtigen einerseits und von harten Drogen Abhängigen andererseits, vier für gemeinsame Behandlung von Tabletten- und Drogenabhängigen und gesonderte von Alkoholkranken.

2.2. Regional aufgegliedert

Da die gesetzten Prioritäten zum Teil erheblich variierten, wurde die Einschätzung des Bedarfs an verschiedenen psychosozialen Diensten auch nach "Versorgungsräumen" regional aufgegliedert. Es wurden jeweils die Angaben der dort ansässigen Nervenärzte für folgende "Versorgungsräume" zusammengefaßt: Würzburg, Schweinfurt, Aschaffenburg, Bamberg, Coburg, Ansbach und Fulda (siehe Abb. 2.2.a - g und Tabelle A 8 des Anhangs).

Abb. 2.2.a bis g:

Einschätzung des Bedarfs an verschiedenen psychosozialen Diensten im Versorgungsraum Würzburg, Schweinfurt, Aschaffenburg, Bamberg, Coburg, Ansbach, Fulda durch die dort niedergelassenen Nervenärzte

Bedarfskategorien:

- kaum ein zusätzlicher Bedarf
- dringender Bedarf
- vorhandener, jedoch weniger dringender Bedarf

Gefragt wurde nach dem Bedarf an:

Weiteren niedergelassenen Nervenärzten
Fachambulanzen
Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern
Psychotherapeutisch tätigen Ärzten
Psychotherapeutisch tätigen Psychologen
Psychosomatischen Fachkliniken
Psychosomatischen Abteilungen an Medizinischen Kliniken
Spezialeinrichtungen für Suchtkranke
Psychogeriatrischen Einrichtungen
Lebenshilfeeinrichtungen
Kinder- und Jugendpsychiatrie
Beratungsstellen
Beschützenden Werkstätten
Arbeitsplätzen für Arbeitsversuche
Beschützten Dauerwohnheimen
Beschützten Wohngemeinschaften
Laienhilfe
Tageskliniken
Nachtkliniken
Sozialpsychiatrischen Diensten

Abb. 2.2.a: Raum Würzburg

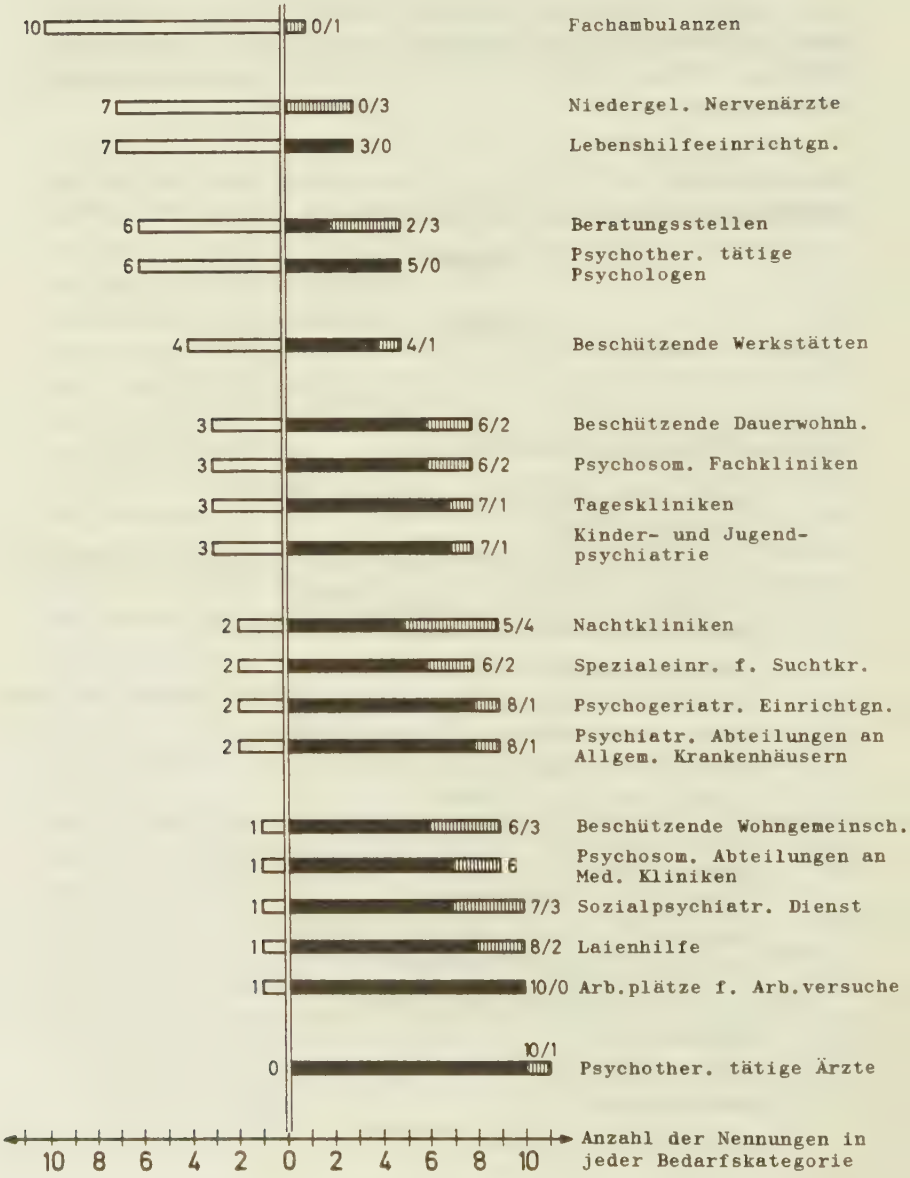


Abb. 2.2.b: Raum Schweinfurt

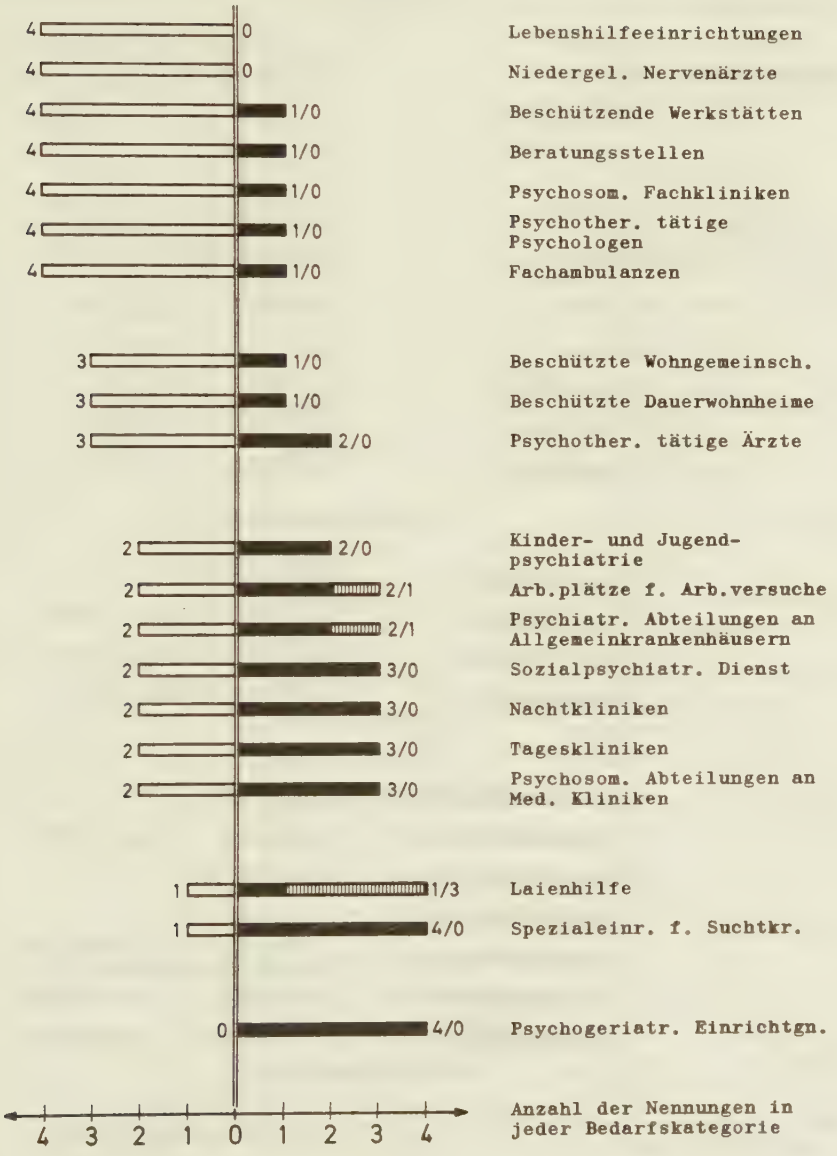



Abb. 2.2.c: Raum Aschaffenburg

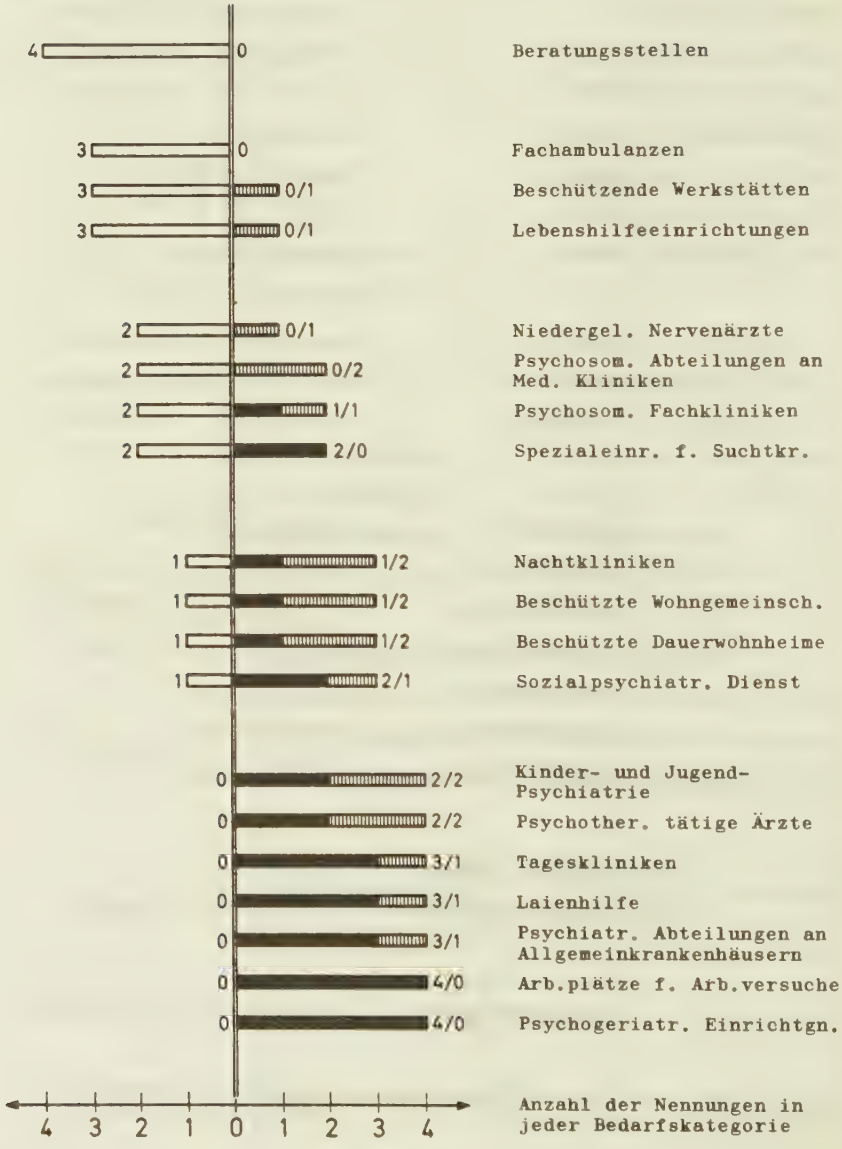


Abb. 2.2.d: Raum Bamberg

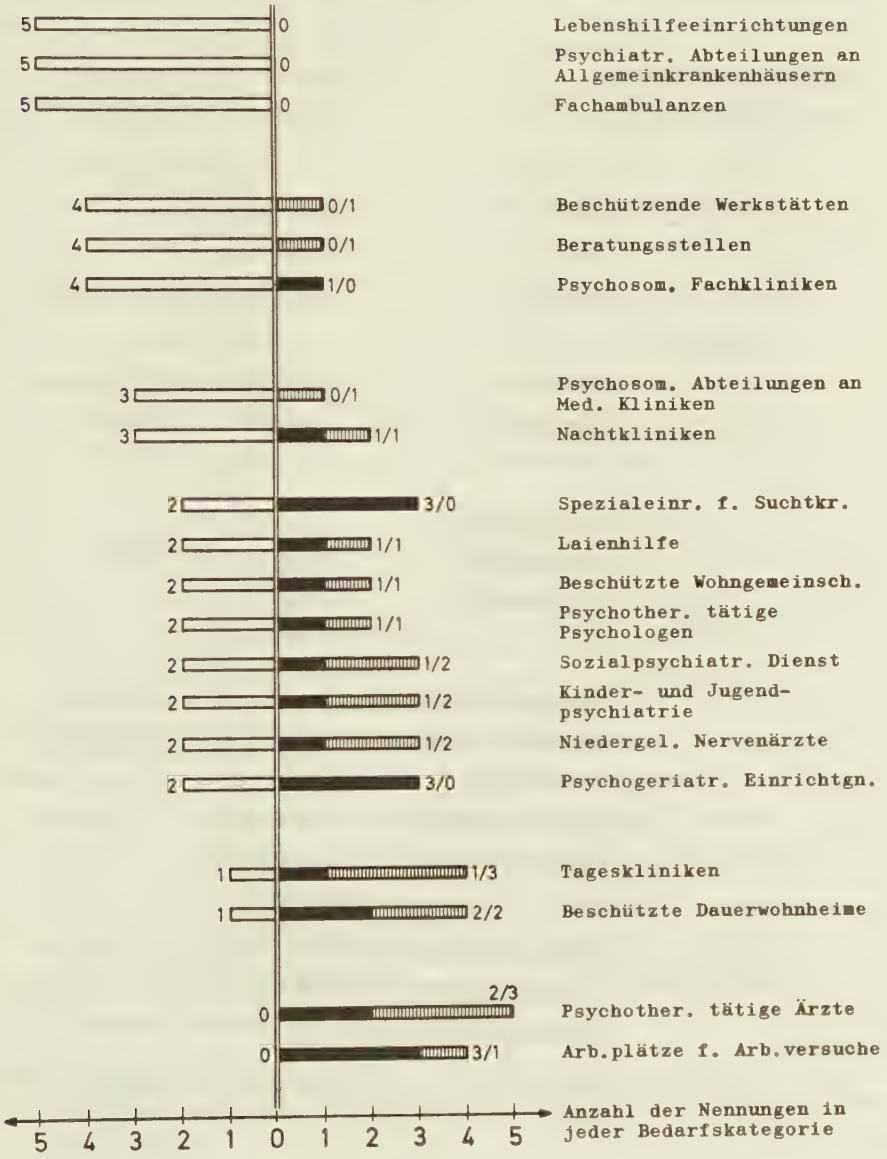


Abb. 2.2.e: Raum Coburg

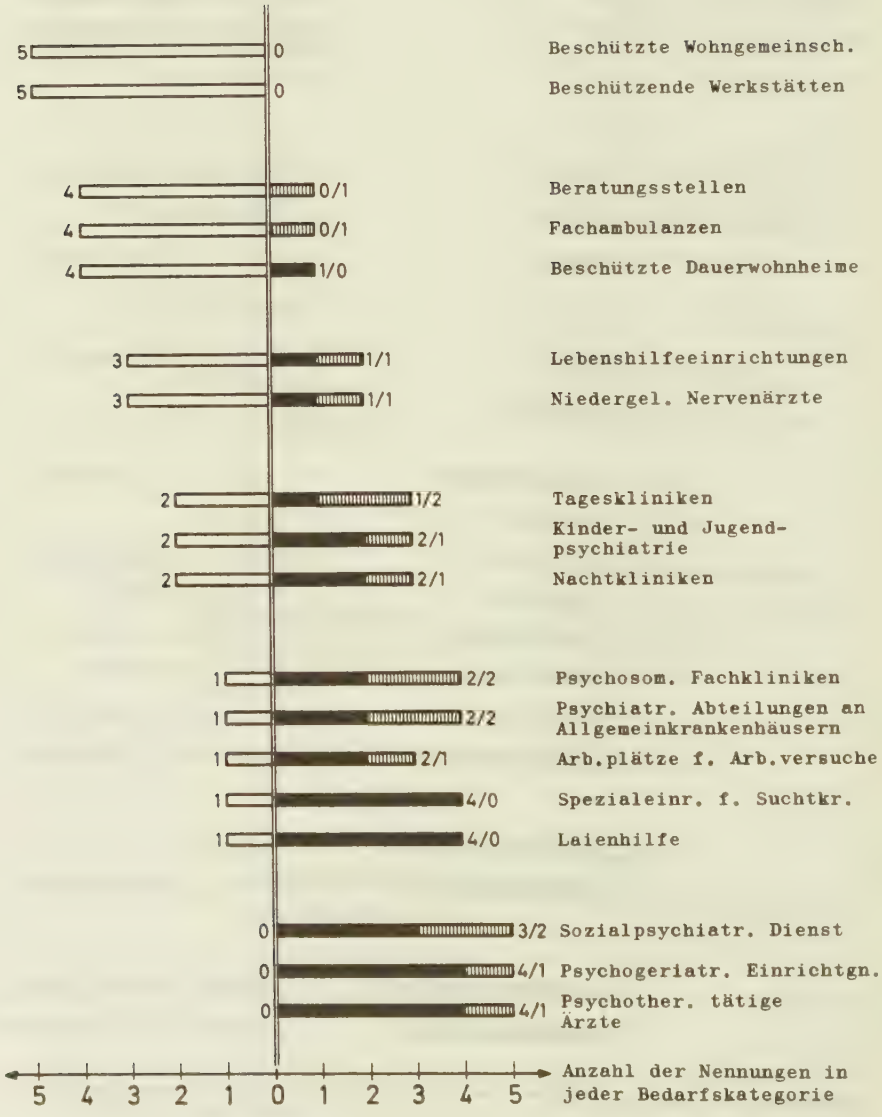


Abb. 2.2.f: Raum Ansbach

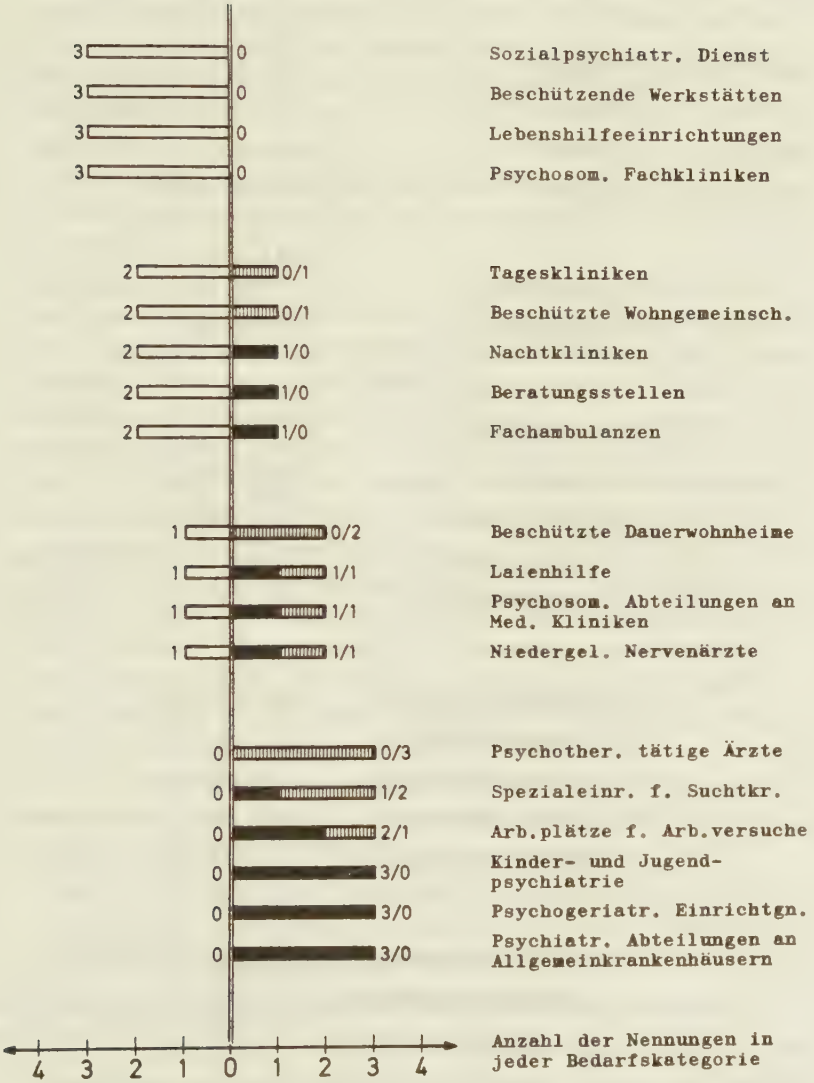
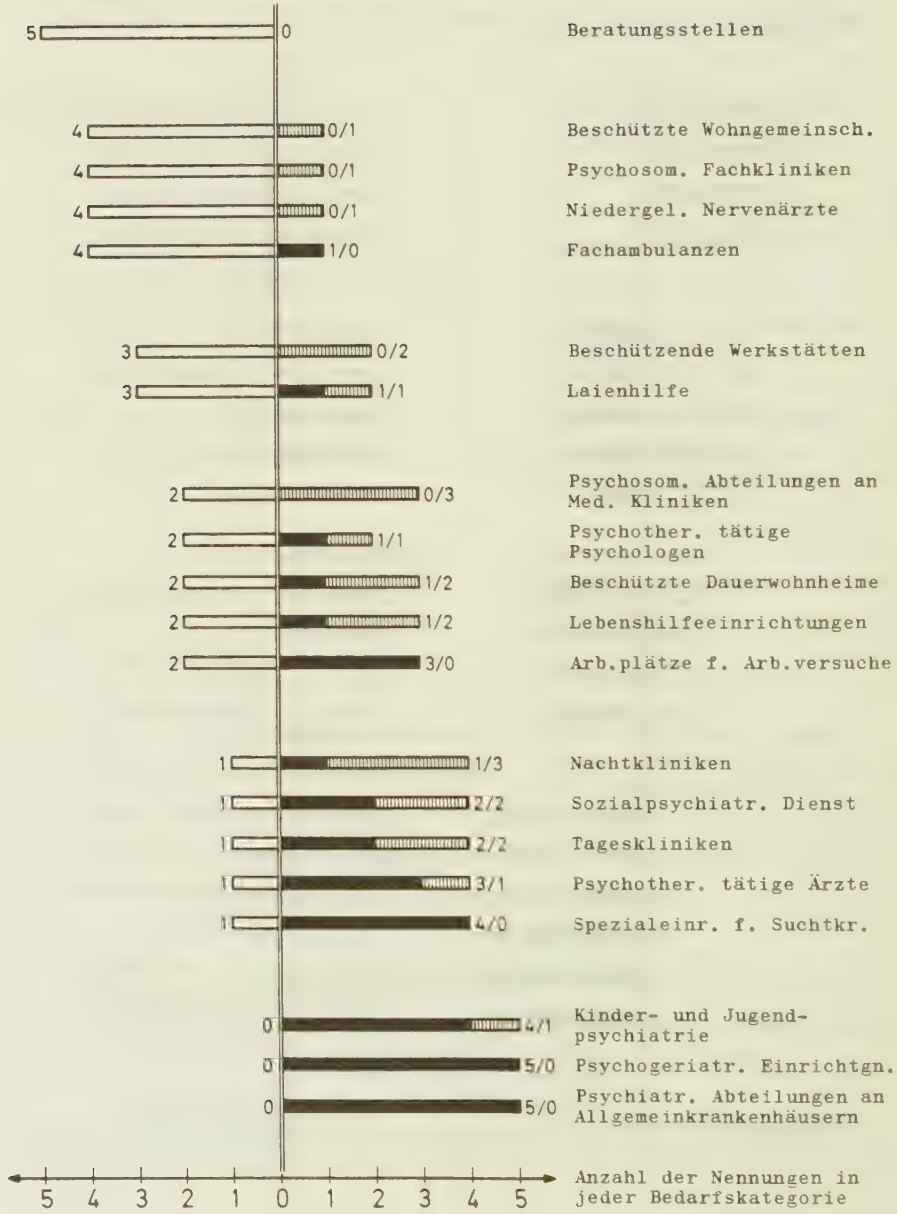


Abb. 2.2.g: Raum Fulda



Als Orte, an denen die für dringend notwendig gehaltenen Einrichtungen nach Meinung der Befragten entstehen sollten, wurden nahezu ausschließlich die jeweiligen Kreisstädte bzw. kreisfreien Städte genannt, so daß hier auf eine nähere Darstellung verzichtet werden kann.

3. Vorschläge und Kritiken niedergelassener Nervenärzte bezüglich neuzuschaffender Einrichtungen zur psychosozialen Versorgung

Auf die Frage, ob sie vielleicht eigene Vorschläge und Kritiken bezüglich neuzuschaffender Einrichtungen zur psychosozialen Versorgung und deren Aufgaben hätten (Frage B 7., Anhang S. 117), machten 31 der befragten Nervenärzte Angaben; zwölf enthielten sich einer Äußerung, davon vier mit der Begründung, daß sie sich zu wenig mit diesem Themenkreis beschäftigt hätten. Nur einer der Befragten nahm eine offen ablehnende Position ein und meinte, daß es schon viel zu viele dieser Einrichtungen gebe. Von den 31, die Angaben zu dieser Frage machten, wurde sehr Unterschiedliches geäußert. Viele Vorschläge betrafen das Bedürfnis nach Einrichtungen, die bereits in Abschnitt 2. angesprochen sind und deshalb hier nicht erneut erwähnt werden.

Die übrigen Vorschläge und Kritiken werden im folgenden aufgezählt (in Klammern die Anzahl der Nervenärzte, die jeweils diese Äußerung machten):

- Mehr Beteiligung der niedergelassenen Nervenärzte an verschiedenen komplementären Diensten wie Übergangswohnheim, Gemeindeclub, Sozialpsychiatrischer Dienst (3)
- Förderung der Bildung von Selbsthilfeorganisationen (3)
- Schaffung mobiler Teams zur Früherkennung von Störungen, Beratung und zur Initiierung und Supervision von Selbsthilfeorganisationen (2)

- Errichtung von 'rund um die Uhr' mit einer ausgebildeten Schwester oder einem Sozialarbeiter besetzten Anlauf- und Beratungsstellen für psychisch Kranke (2)
- Spezielle rehabilitative Dienste für neurologisch Kranke (2)

An Kritiken wurden vorgebracht:

- Die psychiatrische Versorgung sei noch viel zu wenig dezentralisiert (4)
- Die personelle Kontinuität in den verschiedenen Diensten werde nicht genügend beachtet (2)
- Der psychiatrische Standpunkt werde zu sehr gegenüber dem psychologischen vernachlässigt (3)
- Die Psychotherapie sei noch zu sehr dogmatisiert (1)
- Durch die Schaffung einer Reihe von komplementären Diensten werde die Gefahr des Institutionalismus heraufbeschworen (2)
- Die Aufenthaltsdauer in Bezirkskrankenhäusern sei immer noch zu lang (2)

Es sei zum Abschluß noch vermerkt, daß die vorgenannten Äußerungen jeweils nur von wenigen vorgebracht wurden und insofern kein repräsentatives Bild über die Meinung der von uns befragten Nervenärzte vermitteln können.

V. DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Wegen des Mangels an unmittelbar vergleichbaren Daten in der Literatur kann eine Diskussion der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung nur sehr eingeschränkt erfolgen. Wenn im folgenden dennoch versucht wird, die erhaltenen Ergebnisse zu diskutieren, dann im wesentlichen nach dem Gesichtspunkt ihrer Bedeutung für Beurteilung und Planung der psychiatrischen Versorgung.

1. Die fünf teilstationären bzw. komplementären Einrichtungen

1.1. Informiertheit über die fünf Einrichtungen

Über die im Versorgungsbereich Würzburg bereits existierenden Einrichtungen 'Mittwoch-Club' und 'Haus St. Michael Neustadt/Main' waren jeweils neun von elf in diesem Bereich niedergelassenen Nervenärzten informiert, was angesichts der Tatsache, daß diese zur Zeit der Befragung bereits drei resp. ein Jahr in Funktion waren, nicht ganz zufriedenstellen kann.

Niedriger war der Anteil der Informierten bezüglich der geplanten Einrichtungen Übergangswohnheim, Tagesklinik und Sozialpsychiatrischer Dienst, was für eine bisher geringe Einbeziehung der niedergelassenen Nervenärzte in die Planung spricht.

Betrachtet man die Gesamtheit aller Befragten, so fällt auf, daß immerhin jeweils etwa ein Drittel angaben, weder über die Existenz einer solchen Einrichtung in ihrem Einzugsbereich, noch über diesen 'Typus' von Einrichtung allgemein informiert zu sein.

Es ist also zumindest bei einem Teil der niedergelassenen Nervenärzte im Befragungsgebiet ein erhebliches Informationsdefizit bezüglich neuerer sozialpsychiatrischer Dienste zu konstatieren; dies dürfte in Mängeln des Angebots und der Inanspruchnahme von Fortbildung und nicht zuletzt in der Seltenheit solcher Einrichtungen im Befragungsgebiet begründet sein. (Letzteres zeigt sich auch darin, daß Nervenärzte des Würzburger Raumes über dort vorhandene Einrichtungen allgemein besser informiert waren als Ärzte in Bereichen ohne solche Einrichtungen.)

1.2. Bisherige Erfahrungen mit solchen oder ähnlichen Einrichtungen

Nur ein geringer Anteil der Befragten konnte über Erfahrungen von Patienten mit solchen Einrichtungen berichten, so daß keine weiterreichenden Schlüsse gezogen werden können. Daß die berichteten Erfahrungen insgesamt überwiegend positiv waren, deutet darauf hin, daß derartige Einrichtungen durchaus auch den Erfordernissen der nervenärztlichen Praxis entsprechen können.

1.3. Bereits bestehende alternative Einrichtungen

Die Tatsache, daß neun Zehntel der befragten niedergelassenen Nervenärzte die bereits bestehenden Alternativen zu den fünf Einrichtungen insgesamt als nicht ausreichend werteten, spricht einerseits für den Mangel an teilstationären und komplementären Diensten im gesamten Befragungsraum, andererseits könnte diese Wertung auch als Indikator für eine allgemeine Aufgeschlossenheit niedergelassener Nervenärzte gegenüber solchen Diensten verstanden werden. Die positive Stellungnahme bezog sich ausdrücklich auf die fünf Einrichtungen insgesamt und schloß nicht

aus, daß einzelne davon abgelehnt wurden (siehe dazu auch Abschnitt 1.4. und 1.5.). Die am häufigsten angeführte alternative Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeit für Patienten, die für eine der fünf Einrichtungen in Frage gekommen wären, war der eigene vermehrte Einsatz des niedergelassenen Nervenarztes. Vergleicht man dieses Ergebnis mit der oben erwähnten Gesamtwertung der bisherigen Alternativen als nicht ausreichend, wird der Schluß nahegelegt, daß von der Mehrheit der niedergelassenen Nervenärzte diese Dienste als notwendige Entlastung, Ergänzung und Erweiterung der eigenen therapeutischen Bemühungen angesehen werden.

Auch die Argumentation (von Verfechtern teilstationärer und komplementärer Dienste), daß sich durch die Einführung von teilstationären und komplementären Diensten längere und häufigere Aufenthalte in psychiatrischen Krankenhäusern für einen Teil der Patienten vermeiden ließe, wird von vielen Befragten geteilt.

1.4. Bedarfseinschätzung für die fünf Einrichtungen

1.4.1. Bedarfseinschätzungen der Nervenärzte des Gesamtbefragungsraumes und der Nervenärzte des Würzburger Versorgungsbereiches

Teilstationäre und komplementäre Einrichtungen sind in der Regel durch "Kliniker" konzipiert worden. Da sich die Klientel niedergelassener Nervenärzte und psychiatrischer Krankenhäuser jedoch deutlich unterscheiden, wäre es denkbar gewesen, daß niedergelassene Nervenärzte an solchen Einrichtungen nur wenig Bedarf sehen. Auch die explizit oder implizit geäußerte Mutmaßung, daß nie-

dergelassene Nervenärzte solchen Einrichtungen eher kritisch gegenüberstehen und diese auch als potentielle Konkurrenz sehen könnten, ließe die Angabe eines nur geringen Bedarfs seitens der Betroffenen vermuten (vgl. Abschn. II.5.).

Dem solchermaßen Argumentierenden müssen die erhaltenen Bedarfszahlen - besonders bei den als relativ umstritten geltenden Einrichtungen Tagesklinik und Sozialpsychiatrischer Dienst - überraschend hoch erscheinen. Das geht besonders deutlich aus den Zahlen der Abb. 1.4.1.a_2 hervor, wenn man die Tatsache berücksichtigt, daß in diesen Mittelwerten (Patienten pro Praxis und Jahr) die Zahl derjenigen Nervenärzte enthalten ist, die überhaupt keinen Bedarf angaben (vgl. Abb. 1.4.1.b).

Relativ zu denen der gesamten Nervenärzte lagen die Bedarfseinschätzungen der Nervenärzte des Würzburger Versorgungsbereichs für die Einrichtungen Gemeindeclub und Sozialpsychiatrischer Dienst durchschnittlich erheblich höher (vgl. Abb. 1.4.1.a_2). Bezüglich des Gemeindeclubs könnte sich darin der Effekt des längeren Bestehens dieser Einrichtung in Würzburg ausdrücken. Sollte diese Überlegung richtig sein, müßte auch für die übrigen Einrichtungen bei längerem Bestehen ein Anwachsen des Bedarfs angenommen werden. Für den Sozialpsychiatrischen Dienst ließe sich der höhere Bedarf durch die in einer städtischen Region schwerere Überschaubarkeit des Netzes der psychosozialen Dienste sowie die Schwierigkeit der Koordination zwischen diesen Diensten als Erklärung anführen; darüber hinaus bedingt möglicherweise die sich in städtischen Regionen schwieriger gestaltende Nachsorge einen höheren Bedarf. Ein Sozialpsychiatrischer Dienst könnte seiner Definition gemäß die genannten Lücken schließen.

Das Verhältnis der Bedarfszahlen der jeweiligen Einrichtungen zueinander läßt die Relevanz erkennen, die diesen nach Meinung der befragten Nervenärzte für ihre Klientel zukommt (vgl. Abb. 1.4.1.a_1 und a_2).

Für das Übergangswohnheim wurden die vergleichsweise geringsten Bedarfszahlen genannt, was seiner Konzeption als Einrichtung für die Wiedereingliederung vorwiegend krankenhausentlassener Patienten entspricht (vgl. Abschn. II.1.2.1.). Die nur wenig höheren Bedarfszahlen für die Rehabilitationseinrichtung spiegeln zum einen die von den Nervenärzten mehrfach angesprochenen relativ engen Indikationen für diese Einrichtung wider, zum anderen möglicherweise die Tatsache, daß in der Klientel der Nervenärzte in Frage kommende Patienten unterrepräsentiert sind (vgl. Abschn. II.1.2.2.b).

Die um etwa die Hälfte über den vorgenannten liegenden Bedarfszahlen für Gemeindeclub und Tagesklinik lassen erkennen, daß diesen Einrichtungen zur Versorgung ihrer Patienten von den Nervenärzten eine relativ größere Bedeutung zuerkannt wird; dies entspricht ihrer Konzeption als für die Klientel von Klinik und niedergelassenen Nervenärzten gemeinsam zu nutzende Einrichtungen (vgl. Abschn. II.1.2.5. und II.1.1.1.).

Das breite Spektrum an Aufgaben, das dem Sozialpsychiatrischen Dienst seiner Definition gemäß zukommt (vgl. Abschn. II.1.2.3.b), findet seinen Ausdruck in den für diese Einrichtung - im Vergleich zu den übrigen - besonders hohen Bedarfsangaben.

Die Größenordnung der einzelnen Bedarfsangaben für die jeweiligen Einrichtungen variiert erheblich (vgl. Abb. 1.4.1.b). Das gilt insbesondere für die Tagesklinik und

den Sozialpsychiatrischen Dienst, für die auch am häufigsten kein Bedarf gesehen wurde (von 11 bzw. 12 der 42 niedergelassenen Nervenärzte). Dies ließe sich als Indiz dafür anführen, daß bezüglich der Konzeptionen dieser Einrichtungen unter den Befragten noch relative Unklarheit besteht, bzw. Aufgaben und Funktionen dieser Einrichtungen nicht einheitlich gesehen werden.

1.4.2. Aufschlüsselung der Bedarfseinschätzungen nach Versorgungsregionen

Die regionale Aufgliederung des von niedergelassenen Nervenärzten gesehenen Bedarfs an den fünf Einrichtungen (vgl. Abb. 1.4.2.) ist mit Zurückhaltung zu interpretieren, da einerseits die Bedarfsschätzungen der einzelnen Nervenärzte erheblich variieren; andererseits sind in den Absolutbeträgen des geschätzten Bedarfs für die einzelnen Regionen die Angaben einer unterschiedlichen und meist sehr geringen Anzahl von Nervenärzten enthalten.

Es bleibt jedoch festzustellen, daß der angegebene Bedarf, der als "expertendefinierter Bedarf" verstanden werden kann (vgl. Abschn. II.3.), die Einbeziehung der fünf Einrichtungen in die Planung der psychiatrischen Versorgung für zumindest die folgenden Regionen rechtfertigen würde: Würzburg, Aschaffenburg, Coburg, Bamberg, Fulda und evtl. Schweinfurt.

1.5. Die für die fünf Einrichtungen vorgesehenen Diagnosen

Die Häufigkeit der Nennungen von hauptsächlichen Diagnosen der für die jeweiligen Einrichtungen in Frage kommenden Patienten ermöglicht eine Aussage darüber, welche Indikationen niedergelassene Nervenärzte für solche Einrichtungen erwägen bzw. vorschlagen (vgl. Abb. 1.5. und Tab. A 5 im Anhang). Dabei überwiegen bei allen Einrichtungen die Dia-

gnosen Schizophrenie und Zyklothymie deutlich. Für die Zyklothymie wäre bei der Interpretation dieses Tatbestandes zu berücksichtigen, daß sie in der Gesamtklientel der niedergelassenen Nervenärzte den größten Anteil der Diagnosen ausmacht (27 %; Kappos 1980).

Das deutliche Überwiegen der Diagnose Schizophrenie erhält durch den relativ geringen Anteil, den diese Diagnose an den Diagnosen der Gesamtklientel niedergelassener Nervenärzte hat (8 %; Kappos 1980), zusätzliches Gewicht. Es kann als Ausdruck der Bedeutung verstanden werden, die niedergelassene Nervenärzte den teilstationären und komplementären Einrichtungen bei der Behandlung der Schizophrenie beimessen. Die besonders häufige Nennung dieser Diagnose im Zusammenhang mit der Rehabilitationseinrichtung entspricht dabei deren allgemein anerkannten Konzeption.

Die für alle Einrichtungen relativ häufig genannte Diagnose "Atypische Psychose" dürfte wohl als ein Sammelbegriff für besonders unklare bzw. problematische Formen der Psychose verstanden worden sein, für deren Diagnose und Behandlung teilstationäre und komplementäre Einrichtungen wie die hier genannten als besonders geeignet angesehen wurden.

Obwohl in der vor und während der Befragung vorgegebenen Definition der fünf Einrichtungen die Behandlung und Betreuung von Suchtkranken ausgenommen worden war, wird die Diagnose "Suchtleiden" bei allen Einrichtungen außer dem Gemeindeclub als eine der fünf häufigsten genannt. Dieser Tatbestand könnte als Ausdruck des auch in der Literatur hervorgehobenen großen Mangels sowohl an ambulanten Diensten, als auch an stationären Spezialeinrichtungen für diese Patientengruppe gedeutet werden (vgl. Abschn. II. 1.2.4.b).

Die geringe Differenzierung zwischen den einzelnen Diagnosen beim Sozialpsychiatrischen Dienst läßt sich vereinbaren mit der Konzeption, die dieser Einrichtung zugrunde liegt; sein breites Aufgabenspektrum macht diesen psychosozialen Dienst für die meisten Diagnosengruppen gleichermaßen zuständig.

1.6. Beurteilung der relativen Vordringlichkeit der fünf Einrichtungen

Die Ergebnisse, die sich bei der Auswertung der Frage nach der Beurteilung der relativen Vordringlichkeit der fünf Einrichtungen ergaben, lassen eine eindeutige Interpretation nicht zu, da die Nennung der fünf Einrichtungen auf den verschiedenen Rangplätzen nicht deutlich genug differenziert (vgl. Abb. 1.6.). Allenfalls die Rehabilitationseinrichtung überwiegt auf Rangplatz 1 in der Häufigkeit der Nennungen deutlich gegenüber den anderen Einrichtungen; dies läßt vermuten, daß diese Einrichtung von den niedergelassenen Nervenärzten ziemlich unumstritten als die notwendigste bzw. vordringlichste gesehen wird. Als Tendenz ließe sich die Rangreihe wie folgt fortsetzen: Gemeindeclub, Übergangswohnheim, Tagesklinik, Sozialpsychiatrischer Dienst.

Die Häufigkeit der Einstufung der einzelnen Einrichtungen als nicht notwendig könnte als Maß ihrer Ablehnung durch die befragten Nervenärzte angesehen werden. Die Einrichtungen Gemeindeclub, Übergangswohnheim und Rehabilitationseinrichtung wurden von jeweils drei der 42 Befragten, Tagesklinik und Sozialpsychiatrischer Dienst von sechs bzw. sieben als nicht notwendig beurteilt.

2. Der Bedarf an verschiedenen Diensten zur Versorgung psychisch Kranker

In den erhaltenen Bedarfseinstufungen für die verschiedenen Einrichtungen äußert sich zum einen der expertendefinierte Bedarf, zum anderen indirekt die Einstellung zu der jeweiligen Einrichtung. Insofern können die in Abb. 2.1 und Abb. 2.2.a - g dargestellten Daten nur als ungefähre Anhaltspunkte für den tatsächlichen Bedarf angesehen werden.

Betrachtet man das gesamte Untersuchungsgebiet, so zeigt sich, daß aus der Sicht niedergelassener Nervenärzte ein erheblicher Bedarf an psychosozialen Diensten besteht.

Die im Bericht der Enquête-Kommission (1975) gesetzten Prioritäten für die Verbesserung der psychosozialen Versorgung (siehe auch Abschnitt II.2.2.1.) werden mit gewissen Akzentverschiebungen auch von der Mehrheit der Befragten so gesetzt: Psychogeriatrische Einrichtungen, Spezialeinrichtungen für Suchtkranke, Kinder- und Jugendpsychiatrie, psychotherapeutisch tätige Ärzte, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Arbeitsplätze für Arbeitsversuche.

Erhebliche Abweichungen zeigen sich jedoch bei den Vorstellungen zur ambulanten Versorgung psychisch Kranker: Den weiteren Bedarf an Fachambulanzen, Beratungsstellen und niedergelassenen Nervenärzten bezeichneten nur jeweils weniger als 10 % aller Befragten als dringend. Angesichts der relativ niedrigen Nervenarztdichte im Befragungsgebiet und der relativ hohen Patientenzahlen pro Praxis (vgl. Kappos 1980) könnte diese Einstufung als mehr aus gruppenspezifischem Interesse verständlich erscheinen.

Als einzige ambulante Einrichtung wurde der Sozialpsychiatrische Dienst von fast der Hälfte aller Befragten als dringend notwendig eingestuft; dies dürfte an seiner Funktion als spezielle Beratungs- und Koordinationsstelle für rehabilitative Maßnahmen liegen, für die auch aus der Sicht niedergelassener Nervenärzte ein großer Mangel besteht.

In dem niedrigen angegebenen Bedarf für Beratungsstellen könnte sich die nur geringgradige Überschneidung der gegenseitigen Klientel äußern, zudem auch die Tatsache, daß in der letzten Zeit eine Reihe neuer Beratungsstellen in verschiedenen Städten eingerichtet wurde.

Bei der Betrachtung der Bedarfskategorisierungen nach Versorgungsräumen fallen erhebliche regionale Unterschiede auf (vgl. Abb. 2.2.a - g). Diese können einerseits als Ausdruck der unterschiedlichen Bedarfsstruktur angesehen werden, andererseits spiegeln sie jedoch auch die große Variabilität der Sichtweisen der einzelnen Nervenärzte wider.

3. Vorschläge und Kritiken bezüglich neuzuschaffender Einrichtungen zur psychosozialen Versorgung

Die zur Erfassung dieses Themenkomplexes verwandte offene Frageform gab den Befragten keine Strukturierungshilfe für ihre Antwort. Insofern fielen die Antworten inhaltlich so unterschiedlich aus, daß eine zusammenfassende Beurteilung schwer möglich ist.

Obwohl diese Frage bereits mit der Ankündigung des Interviews den niedergelassenen Nervenärzten bekannt gemacht wurde, gaben nur einzelne detaillierte und begründete Stellungnahmen dazu ab. Dies dürfte ein weiterer Hinweis dafür sein, daß niedergelassene Nervenärzte zur Zeit noch sehr

wenig an der Initiierung, Planung und Umsetzung sozialpsychiatrischer Reformvorhaben beteiligt sind. Entsprechend gering war auch der Anteil derjenigen, die von sich aus einer Beteiligung niedergelassener Nervenärzte an komplementären Diensten vorgeschlagen haben; er betrug drei von 43.

Es ergibt sich also insgesamt eine Diskrepanz: Einerseits zeigt sich die überwiegende Mehrheit der niedergelassenen Nervenärzte gegenüber teilstationären und komplementären Diensten aufgeschlossen und bestätigt durch den angegebenen Bedarf deren Notwendigkeit, andererseits läßt die Informiertheit über derartige Einrichtungen zu wünschen übrig, und nur ein geringer Anteil ist praktisch an Planung und Funktion solcher Dienste beteiligt.

Mögliche Wege zur Überwindung dieser Diskrepanz und damit zur besseren Einbeziehung niedergelassener Nervenärzte in ein integriertes System der psychosozialen Versorgung könnten folgende sein:

- Erhöhung der Zahl niedergelassener Nervenärzte und damit eine geringere Patientenzahl pro Praxis und mehr Zeit zur konsiliarischen Betreuung weiterer psychosozialer Dienste,
- Zunehmende Spezialisierung auf Psychiatrie oder Neurologie und damit gezieltere Weiter- und Fortbildung,
- Schließlich die Gründung von psychosozialen Arbeitsgemeinschaften zu gemeinsamer Bestandsaufnahme, Planung und Durchsetzung notwendiger Reformvorhaben sowie Erfahrungsaustausch über aktuelle Probleme durch alle an der psychosozialen Versorgung Beteiligten (siehe auch Abschnitt II.2.2.2.).

VI. ZUSAMMENFASSUNG

Im weiteren Umkreis der Universitäts-Nervenklinik Würzburg (Einzugsbereich stationär behandelter Patienten) waren am 1.8.1978 41 Nervenärzte in freier Praxis niedergelassen, 40 (98 %) fanden sich zu einer Befragung über verschiedene Aspekte der psychosozialen Versorgung bereit; zusätzlich konnten zwei Chefärzte mit Ermächtigungsambulanzen, ein vorübergehend nicht niedergelassener psychotherapeutisch tätiger Nervenarzt und ein Amtsarzt mit größerer Konsiliar- und Gutachtenpraxis befragt werden, deren Angaben bei einem Teil der behandelten Themen berücksichtigt wurden.

Das Befragungsgebiet umfaßte den Regierungsbezirk Unterfranken, Teile der Regierungsbezirke Ober- und Mittelfranken sowie die Landkreise Fulda (Hessen) und Main-Tauber-Kreis (Baden-Württemberg).

Inhalte der Befragung waren: Einschätzung des Bedarfs an den teilstationären bzw. komplementären Einrichtungen Gemeindeclub, Übergangswohnheim, Rehabilitationseinrichtung, Tagesklinik und Sozialpsychiatrischer Dienst; Informiertheit und Erfahrungen hinsichtlich solcher Einrichtungen sowie Stellung zu diesen; Beurteilung der psychiatrischen Versorgung bezüglich des zusätzlichen Bedarfs an einer Reihe psychosozialer Dienste; Vorschläge und Kritiken hinsichtlich neuzuschaffender Einrichtungen zur psychosozialen Versorgung.

Die Befragung erfolgte mittels eines selbstentwickelten Fragebogens nach der Methode des halbstrukturierten Interviews. Ermittelte quantitative Aussagen stellen Schätzwerte aus der Erfahrung der befragten Nervenärzte dar. Ausgewertet wurde sowohl für das gesamte Befragungsgebiet als auch für einzelne Versorgungsregionen.

Der Darstellung der Ergebnisse ist eine Literaturübersicht vorangestellt, in der die wichtigsten in dieser Arbeit thematisierten sozialpsychiatrischen Einrichtungen definiert und in den Rahmen umfassenderer Versorgungskonzepte gestellt werden; weiterhin wird auf die Problematik von Bedarfsermittlung und Effektivitätsbeurteilung in der Psychiatrie sowie auf die Stellung von Nervenärzten zu sozialpsychiatrischen Einrichtungen eingegangen.

Über die Existenz von teilstationären und komplementären Einrichtungen waren durchschnittlich knapp zwei Drittel der niedergelassenen Nervenärzte informiert, am besten bekannt war die Tagesklinik, am wenigsten der Sozialpsychiatrische Dienst. Hauptsächlichste Informationsquellen waren Fachkollegen, Fortbildungsveranstaltungen und Fachliteratur. Wesentlich seltener bestand bereits Kontakt zu solchen Einrichtungen über gemeinsame Patienten. Die wenigen so gemachten Erfahrungen wurden überwiegend positiv dargestellt. Als bereits bestehende Alternativen zu solchen Einrichtungen wurden am häufigsten genannt: der eigene vermehrte Einsatz; Werkstätten und Wohnheime für geistig Behinderte (die in geringer Zahl auch psychisch Kranke aufnehmen); längere und häufigere Aufenthalte in Psychiatrischen Krankenhäusern; Beratungsstellen verschiedener Träger. Neun Zehntel der Befragten werteten bestehende Alternativen zu den fünf Einrichtungen als nicht ausreichend.

Die Einschätzung des Bedarfs an diesen Einrichtungen durch die niedergelassenen Nervenärzte ergab für den Sozialpsychiatrischen Dienst 38, für den Gemeindeclub 23, für die Tagesklinik 22, für die Reha-Einrichtung 15 und für das Übergangswohnheim 13 Patienten durchschnittlich pro Praxis und Jahr. Die fünf am häufigsten im Zusammenhang mit diesen Einrichtungen genannten Diagnosen waren Schizophrenie, Zyklothymie, Neurose, Atypische Psychose und Suchtleiden.

Als vordringlichste dieser Einrichtungen wurde von den meisten befragten Nervenärzten die Reha-Einrichtung genannt, auf den Rangplätzen zwei bis fünf folgen Gemeindeclub, Übergangswohnheim, Tagesklinik und Sozialpsychiatrischer Dienst. Als nicht notwendig wurden am häufigsten Tagesklinik und Sozialpsychiatrischer Dienst genannt (von 1/7 bzw. 1/6 der Befragten).

Mehr als 50 % der niedergelassenen Nervenärzte sahen einen dringenden Bedarf für folgende psychosoziale Dienste: Psychogeriatrische Einrichtungen, Arbeitsplätze für Arbeitsversuche, Spezialeinrichtungen für Suchtkranke, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie. Für folgende Dienste wurde von mehr als 50 % der Befragten kaum ein zusätzlicher Bedarf gesehen: Fachambulanzen, Beratungsstellen, weitere niedergelassene Nervenärzte, Lebenshilfeeinrichtungen, beschützende Werkstätten, psychosomatisch/psychotherapeutische Fachkliniken, psychotherapeutisch tätige Psychologen und beschützte Wohngemeinschaften.

An Vorschlägen und Kritiken bezüglich neuzuschaffender Einrichtungen zur psychosozialen Versorgung wurde durch die Befragten sehr Unterschiedliches geäußert. Wesentliche Vorschläge waren: Mehr Beteiligung der niedergelassenen Nervenärzte an verschiedenen psychosozialen Diensten; Förderung der Bildung von Selbsthilfeorganisationen; Einrichtung von speziellen rehabilitativen Diensten für neurologisch Kranke. Wesentliche Kritiken waren: Zu starke Zentralisierung der psychiatrischen Versorgung; Vernachlässigung des psychiatrischen gegenüber dem psychologischen Standpunkt; zu lange Aufenthaltsdauer in Bezirkskrankenhäusern.

Entgegen auch in der Literatur geäußerter Vermutungen sehen niedergelassene Nervenärzte einen überraschend hohen Bedarf an teilstationären und komplementären Einrichtungen. Die erheblich differierende Größenordnung der Bedarfsangaben einzelner Nervenärzte zeigt jedoch, daß ihre Aufgaben und Funktionen nicht einheitlich gesehen werden. Auch läßt die Informiertheit über derartige Einrichtungen zu wünschen übrig, und nur ein geringer Anteil der niedergelassenen Nervenärzte ist praktisch an Planung und Funktion solcher Dienste beteiligt. Dies läßt sich als Ausdruck der Diskontinuität zwischen der ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgung sehen, deren Überwindung eines der wesentlichen Ziele der Bemühungen um eine Verbesserung der psychosozialen Versorgungsstruktur darstellt.

VII. ANHANG

Interview-Fragen

B.1.1. Inwieweit waren Sie bereits vor der Ankündigung dieses Interviews über die folgenden im Brief an Sie genannten Einrichtungen informiert?

Woher stammte diese Information?

a) Mittwoch-Club

b) Übergangswohnheim Scanzoni-Straße

c) Rehabilitationseinrichtung Haus St. Michael in Neustadt/Main

d) Tagesklinik an der Universitäts-Nervenklinik Würzburg

e) Sozialpsychiatrischer Dienst in Würzburg

B.1.2. Inwieweit und wodurch waren Sie bereits über Einrichtungen informiert, die den im Brief an Sie genannten entsprechen?

a) Gemeindeclub

b) Übergangswohnheim

c) Rehabilitationseinrichtung für psychisch Behinderte

d) Tagesklinik

e) Sozialpsychiatrischer Dienst

B.2. Haben (hatten) Sie bereits Patienten, die von einer der genannten oder einer entsprechenden Einrichtung betreut werden (wurden)?

Wenn ja, welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?

a) Gemeinde-Club

b) Übergangswohnheim

c) Rehabilitationseinrichtung (Haus St. Michael in Neustadt/Main)

d) Tagesklinik

e) Sozialpsychiatrischer Dienst

B.3. Für wieviele Patienten durchschnittlich pro Jahr aus Ihrer Praxis sehen Sie einen Bedarf an den genannten - oder diesen entsprechenden - Einrichtungen, wenn Sie das vergangene Jahr zum Maßstab nehmen?

Setzen Sie bitte voraus, diese Einrichtungen wären für Ihre Patienten gut erreichbar.

B.4. Um welche Diagnosegruppen würde es sich bei den Patienten für die jeweiligen Einrichtungen in der Hauptsache handeln?

B.5.1. Sind Sie der Meinung, daß es für die genannten fünf Einrichtungen bisher ausreichende Alternativen gab?

B.5.2. Wo und wie sind bisher Patienten betreut worden, die für eine dieser Einrichtungen in Frage gekommen wären?

B.6. Welche der genannten - oder diesen entsprechenden - Einrichtungen scheinen Ihnen aus Ihrer Arbeitspraxis am vorrangigsten notwendig?

Bringen Sie bitte alle fünf Einrichtungen in eine Rangreihenfolge.

B.7. Haben Sie vielleicht eigene Vorschläge oder Kritiken bezüglich neu zu schaffender Einrichtungen zur psychosozialen Versorgung und deren Aufgaben?

Wenn ja, welche?

B.8. Für welche der im folgenden genannten Einrichtungen zur Versorgung und zur Nachsorge psychisch Kranker besteht ihrer Erfahrung nach

- kaum ein zusätzlicher Bedarf (0)
- ein vorhandener, jedoch weniger dringender Bedarf (1)
- ein dringender Bedarf (2)?

Setzen Sie bitte voraus, daß diese Einrichtungen für ihre Klientel gut erreichbar wären.

Bitte geben Sie auch an, wo eine Einrichtung, für die Sie einen Bedarf sehen, lokalisiert sein sollte.

a.1.) Niedergelassene Nervenärzte

a.2.) Fachambulanzen

b.) Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern

c.1.) Psychotherapeutisch tätige Ärzte

c.2.) Psychotherapeutisch tätige Psychologen

d.) Psychotherapeutische bzw. psychosomatische Fachkliniken

e.) Psychosomatische Abteilungen an Medizinischen Kliniken

f.) Spezialeinrichtungen für Suchtkranke (Sollte die Behandlung von Alkoholkranken, Tablettenabhängigen und Heroin- bzw. sonstigen Drogenabhängigen gemeinsam oder getrennt erfolgen?)

g.) Psychogeriatrische Einrichtungen (z.B. innerhalb von Pflege- und Altersheimen)

h.) Lebenshilfeeinrichtungen für Lern- und geistig Behinderte

i.) Kinder- und Jugendpsychiatrie

k.) Beratungsstellen

l.) Beschützende Werkstätten für psychisch Behinderte

m.) Arbeitsplätze für Arbeitsversuche

n.) Beschützte Dauerwohnheime für psychisch Kranke

o.) Beschützte Wohngemeinschaften

p.) Laienhilfe (z.B. Patientenfamilien, Gemeindeclubs u.a.)

q.) Tageskliniken

r.) Nachtkliniken

s.) Sozialpsychiatrische Dienste

Kurzbeschreibung der Einrichtungen (zur Vorlage):

Gemeindeclub:

Gestaltung der Freizeit und Angebot von Begegnungsmöglichkeiten für psychisch Kranke. Getragen von Laien, evtl. mit fachlicher Beratung.

Übergangswohnheim:

Wohnmöglichkeit für Patienten, die weitgehend medizinisch rehabilitiert sind, deren Wohnsituation und soziales Milieu jedoch Probleme aufwirft.

Rehabilitations-Einrichtung für psychisch Behinderte:

Für Patienten, die verlernt haben sich in den Arbeitsprozeß einzufügen. Gestufte Arbeitstherapie in außerklinischem Rahmen auch für längere Zeiträume. Bereiche der Arbeitstherapie sind Industriearbeit, Büroarbeit, Haushalt und Landwirtschaft. Begleitende Pharmako-, Sozio- und Psychotherapie.

Tagesklinik:

Teilstationäre medizinische Betreuung und Therapie für Patienten mit relativ stabilen Umweltverhältnissen, auch im Sinne einer Krisenintervention. Die Tagesklinik bietet die Möglichkeit zur intensiven Diagnostik und Therapie sowie Psychotherapie ohne Gefährdung der sozialen Beziehungen der Patienten, da diese sich nur tagsüber in Behandlung bzw. in der Klinik befinden.

Sozialpsychiatrischer Dienst:

Beratungsstelle für erwachsene psychisch Kranke, besonders in bezug auf rehabilitative Maßnahmen und Möglichkeiten. Koordinierung rehabilitativer Maßnahmen. Außerklinische Betreuung krankenhausentlassener Patienten durch Sozialarbeiter.

Diagnosenschlüssel (zur Vorlage)

1. Schizophrenien

2. Zyklothymien - monopolarer Verlauf, nur depressive Phasen
   - monopolarer Verlauf, nur manische Phasen
   - biphasischer Verlauf, manische und depressive Phasen

3. Atypische Psychosen

4. Hospitalismusgeschädigte

5. Abnorme Persönlichkeiten (Psychopathien)

6. Psychoreaktive Störungen (abnorme Erlebnisreaktionen)

7. Neurotische Entwicklungen, Neurosen

8. Suchtleiden

9. Gerontopsychiatrische Erkrankungen

10. Oligophrenien

11. Sonstige

Tabellen

Tabelle A 1: Anzahl der über die einzelnen Einrichtungen informierten Nervenärzte sowie angegebene Informationsquellen

	Spezifizierung der Einrichtungen	Information durch Fachkollegen, Fachliteratur	Information durch Patienten	Keine Angaben zur Informationsquelle	überhaupt bekannt	Befragte Nervenärzte
Gemeindeclub	In Würzburg ("Mittwochclub")	3	9	0	9	Im Versorgungsraum Würzburg (n = 11)
	In Würzburg und/oder allgem.	16	13	2	26 (61 %)	Im gesamten Befragungsraum (n = 43)
Übergangswohnh.	In Würzburg ("Scanzonistraße")	6	-	0	6	Im Versorgungsraum Würzburg (n = 11)
	In Würzburg und/oder allgem.	22	8	4	27 (63 %)	Im gesamten Befragungsraum (n = 43)
Rehabilitationseinr.	In Neustadt/ Main	10*	3	2	14	Im weiteren Versorgungsraum dieser Einrichtung (n = 37)
		7	2	1	9	Im Versorgungsraum Würzburg (n = 11)
	In Neustadt/Main und/oder allgem.	22*	11	4	27 (63 %)	Alle Nervenärzte (n = 43)
Tagesklinik	In Würzburg (Uni-Nekl.)	3	-	0	3	Im Versorgungsraum Würzburg (n = 11)
	In Würzburg und/oder allgem.	24	3	5	29 (67 %)	Im gesamten Befragungsraum (n = 43)
Soz.psy. Dienst	In Würzburg	2	-	0	2	Im Versorgungsraum Würzburg (n = 11)
	In Würzburg und/oder allgem.	19	0	1	20 (47 %)	Im gesamten Befragungsraum (n = 43)

* Davon 7 Nervenärzte nur durch Tagespresse bekannt

Tabelle A 2: Angegebener Bedarf für die fünf genannten Einrichtungen; die Zahlen beziehen sich auf die Anzahl der pro Jahr für die jeweilige Einrichtung in Frage kommenden Patienten aus der Klientel der befragten Nervenärzte des gesamten Befragungsraumes, des Würzburger Raumes und des gesamten Befragungsraumes ohne Würzburg.

		Alle befragten Nervenärzte (n = 42)	Würzburg (n = 11)	Alle Nervenärzte ohne Würzburg (n = 31)
Gemeindeclub	Σ	977	391,5	585,5
	$\bar{x}$	23,3	35,6	18,9
	s	28,0	40,5	-
Übergangswohnheim	Σ	540,5	101	439,5
	$\bar{x}$	12,9	9,2	14,2
	s	17,7	8,0	-
Rehabilitationseinrichtung	Σ	611	132	479
	$\bar{x}$	14,5	12	15,5
	s	20,0	10,4	-
Tagesklinik	Σ	914	236	678
	$\bar{x}$	21,8	21,5	21,9
	s	28,2	18,3	-
Sozialpsychiatr. Dienst	Σ	1585	585	1000
	$\bar{x}$	37,7	53,2	32,3
	s	52,0	67,2	-

Tabelle A 3: Bedarfsangaben der niedergelassenen Nervenärzte (n = 42) für die einzelnen Einrichtungen, gruppiert nach Größenordnung

Art der Einrichtung	Größenordnungsklassen (der Anzahl der Patienten)							
	kein Bedarf	1 - 10	11 - 20	21 - 40	41 - 60	61 - 100	> 100	Anzahl der Nennungen der einzelnen Größenordnungsklassen
Gemeindeclub	4	13	9	7	5	2	2	
Übergangs-wohnheim	10	18	7	4	1	2	0	
Reha-Einrich-tung Neustadt/Main	5	23	7	4	1	2	0	
Tagesklinik	11	11	5	7	4	4	0	
Sozialpsych. Dienst	12	7	5	5	4	5	4	

Tabelle A 4: Von Nervenärzten angegebener regionaler Bedarf an den fünf Einrichtungen Gemeindeclub (a), Übergangswohnheim (b), Reha-Einrichtung Neustadt/Main (c), Tagesklinik (d), Sozialpsychiatrischer Dienst (e). Die Städtenamen (Fulda ausgenommen) stehen repräsentativ für die Versorgungsräume entsprechend dem "Aktionsprogramm" 1978.

		Würzburg (n = 11)	Schweinfurt (n = 5)	Aschaffenburg (n = 4)	Bamberg (n = 5)	Coburg (n = 4)	Hof (n = 2)	Ansbach (n = 3)	Fulda (n = 5)
a)	Σ	391,5	76,5*	66	82	162,5	10	65	110
	$\bar{x}$	35,6	19,1	16,5	16,4	40,6	5,0	21,7	22
	s	40,5	21,2	7,2	8,6	40,7	7,1	20,4	22,8
b)	Σ	101	12	32	90,5	125	15	15	73,5*
	$\bar{x}$	9,2	2,4	8	18,1	31,3	7,5	5	14,5
	s	8,0	4,3	6,3	32,0	19,0	10,6	4,3	9,5
c)	Σ	132	18,5	65,5	37	55*	12,5	17	76*
	$\bar{x}$	12	3,7	16,4	7,4	18,3	6,3	5,7	19
	s	10,4	4,3	10,0	8,0	27,5	5,3	1,8	12,1
d)	Σ	236	45	163	128,5	72,5	0	8,5	153
	$\bar{x}$	21,5	9	40,8	25,7	18,1	0	2,8	30,6
	s	18,3	10,4	43,1	42,5	22,1	0	2,6	27,9
e)	Σ	585	125	91	71,5	320	50	2,5	270
	$\bar{x}$	53,2	25	22,8	14,3	80,0	25	0,8	54
	s	67,2	43,3	23,0	11,1	90,9	35,4	1,4	49,2

* In diesen Zahlen ist die Angabe jeweils eines Nervenarztes nicht enthalten (Angabe war nicht verwertbar).

Tabelle A5: Bei der Einschätzung des Bedarfs durch die Nervenärzte (n = 42) für die Einrichtungen Gemeindeclub (a), Übergangswohnheim (b), Reha-Einrichtung (c), Tagesklinik (d) und Sozialpsychiatrischer Dienst (e) genannte Diagnosen (absolut und in Prozent der Gesamtzahl der Nennungen von Diagnosen bei einer Einrichtung)

	Anzahl der Nennungen absolut					Anzahl der Nennungen prozentual				
	a)	b)	c)	d)	e)	a)	b)	c)	d)	e)
Schizophrenie	25	25	31	23	16	22	26	31	26	17
Zyklothymie	22	20	18	18	17	20	21	18	20	18
Atypische Psychose	9	13	13	14	11	8	14	13	16	12
Hospitalismus-geschädigt	3	2	4	0	2	3	2	4	0	2
Abnorme Persönlichkeit	6	5	4	5	7	5	5	4	6	7
Anorme Erlebnisreaktion	7	1	2	4	4	6	1	2	4	4
Neurose	16	14	11	15	14	14	15	11	17	15
Suchtleiden	7	11	8	6	15	6	12	8	7	16
Gerontopsychiatrische Erkrankungen	8	0	0	2	3	7	0	0	2	3
Oligophrenie	1	1	2	0	1	1	1	2	0	1
Sonstige	8	3	8	3	5	7	3	8	3	5
Gesamtzahl der Nennungen von Diagnosen	112	95	101	90	95	99	101	101	101	100
						(Abweichungen von 100 durch Rundungsfehler bedingt)				

Tabelle A6: Einstufung der fünf Einrichtungen nach relativer Vordringlichkeit (n = 43 Nervenärzte)

	Anzahl der Nennungen nach Rangplätzen					Anzahl d. Ablehnungen
Rangplatz	1.	2.	3.	4.	5.	
Gemeindeclub	8	14	7	3	8	3
Übergangswohnheim	8	9	12	7	4	3
Reha-Zentrum	17	7	5	9	2	3
Tagesklinik	7	3	7	13	6	6
Sozialpsych. Dienst	6	7	8	6	9	7

Tabelle A7: Einschätzung des Bedarfs an verschiedenen psychosozialen Diensten durch niedergelassene Nervenärzte. Kategorie 0: kaum ein Bedarf; 1: vorhandener, aber weniger dringender Bedarf; 2: dringender Bedarf.

Psychosoziale Dienste	n	0 abs.	0 in %	1 abs.	1 in %	2 abs.	2 in %
Niedergelassene Nervenärzte	40	27	67,5	10	25	3	7,5
Fachambulanzen	42	37	88,1	2	4,8	3	7,1
Psychiatrische Abt. an Allgemeinkrankenh.	43	12	27,9	7,5	17,4	23,5	54,7
Psychotherap. tätige Ärzte	43	6	14,0	14	32,6	23	53,5
Psychother. tätige Psychol.	33	18	54,5	5	15,2	10	30,3
Psychosomat. Fachkliniken	43	25	58,1	6	14,0	12	27,9
Psychosom. Abt. an Med. Klin.	41	14	34,1	14	34,1	13	31,7
Spezialeinrichtungen f. Suchtkranke	43	11	25,6	7,5	17,4	24,5	57,0
Psychogeriatr. Einrichtungen	42	5	11,9	3	7,1	34	80,9
Lebenshilfe-Einrichtungen	41	29,5	72,0	4,5	11,0	7	17,1

Fortsetzung Tabelle A7

Psychosoziale Dienste	n	0 abs.	0 in %	1 abs.	1 in %	2 abs.	2 in %
Kinder- u. Jugendpsychiatr.	42	11	26,2	9,5	22,6	21,5	51,2
Beratungsstellen	43	33	76,7	6	14,0	4	9,3
Beschützende Werkstätten	40	27	67,5	6	15	7	17,5
Arbeitsplätze für Arbeitsversuche	42	6	14,3	6	14,3	30	71,4
Beschützte Wohnheime	42	15,5	36,9	14,5	34,5	12	28,6
Beschützte Wohngemeinschaften	41	21	51,2	11,5	28,0	8,5	20,8
Laienhilfe	43	10	23,3	14	32,6	19	44,2
Tageskliniken	43	13	30,2	11,5	26,7	18,5	43,0
Nachtkliniken	43	15	34,9	13,5	31,4	14,5	33,7
Sozialpsych. Dienste	43	13	30,2	11	25,6	19	44,2

Tabelle A 8: Einschätzung des Bedarfs an verschiedenen psychosozialen Diensten durch niedergelassene Nervenärzte, regional aufgeschlüsselt (Kategorien: 0 = kaum ein zusätzlicher Bedarf, 1 = vorhandener, jedoch weniger dringender Bedarf, 2 = dringender Bedarf. Die Städtenamen - Fulda ausgenommen - stehen repräsentativ für die Versorgungsräume entsprechend dem "Aktionsprogramm 1978" (s. Text)).

Psychosoziale Dienste	Würzburg (n = 11)*			Schweinfurt (n = 5)*			Aschaffenburg (n = 4)*			Bamberg (n = 5)*			Coburg (n = 5)*			Ansbach (n = 3)*			Fulda (n = 5)*		
	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
Niedergelassene Nervenärzte	7	3		4			2	1		2	2	1	3	1	1	1	1	1	4	1	
Fachambulanzen	10	1		4		1	3			5			4	1		2		1	4		1
Psych. Abt. an Allgem.Krkh.	2	1	8	2	1	2		1	3	5			1	2	2			3			5
Psychother. tätige Ärzte		1	10	3		2		2	2		3	2		1	4		3		1	1	3
Psychother. tätige Psychol.	6		5	4		1	1		1	2	1	1		1	1	1			2	1	1
Psychosomat. Fachkliniken	3	2	6	4		1	2	1	1	4		1	1	2	2	3			4	1	
Psychosomat.Ab. an Med. Klin.	1	2	7	2		3	2	2		3	1		1	3	1	1	1	1	2	3	
Fachkliniken f. Suchtkranke	2	2	6	1		4	2		2	2	3		1		4		2	1	1		4
Psychogeriatr. Einrichtungen	2	1	8			4			4	2		3		1	4			3			5

Lebenshilfe-Einrichtungen	7		3	4			3	1		5			3	1	1	3			2	2	1	
Kinder- u. Jugend-Psychiatrie	3	1	7	2		2			2	2		2	2	1	2	1	2			3		1	4
Beratungsstellen	6	3	2	4		1	4			4	1		4	1		2		1	5			
Beschützende Werkstätten	4	1	4	4		1	3	1		4	1		5			3			3	2		
Arbeitsplätze f. Arbeitsversuche	1		10	2	1	2			4		1	3	1	1	3		1	2	2		3	
Beschützte Dauerwohnheime	3	2	6	3		1	1	2	1	1	2	2	4		1	1	2		2	2	1	
Beschützte Wohngemeinschaften	1	3	6	3		1	1	2	1	2	1	1	5			2	1		4	1		
Laienhilfe	1	2	8	1	3	1		1	3	2	1	1	1		4	1	1	1	3	1	1	
Tageskliniken	3	1	7	2		3		1	3	1	3	1	2	2	1	2	1		1	2	2	
Nachtkliniken	2	4	5	2		3	1	2	1	3	1	1	2	1	2	2		1	1	3	1	
Sozialpsychiatr. Dienst	1	3	7	2		3	1	1	2	2	2	1		2	3	3			1	2	2	

* Die Quersummen in den auf die Versorgungsräume bezogenen Spalten bleiben in einzelnen Fällen unter dem Betrag von n, da vereinzelte Angaben nicht verwertbar waren.

Für erhaltene Hilfe bei der Erstellung der vorliegenden Arbeit bin ich vielen zu Dank verpflichtet.

Dieser gilt in erster Linie den befragten niedergelassenen Nervenärzten für das Interesse, das sie der Untersuchung entgegenbrachten, und die Zeit, die sie dafür zu opfern bereit waren.

Zu besonderem Dank bin ich Herrn Professor Dr. O. Schrappe verpflichtet für die Überlassung des Themas und die großzügige Unterstützung der Arbeit.

Für die Übernahme des Korreferates habe ich Herrn Professor Dr. H. Sattes zu danken.

Herrn Dr. T. Milech verdanke ich wertvolle Anregungen und Kritiken, die er als Koordinator des Forschungsvorhabens, dessen Teil diese Arbeit ist, beigetragen hat.

Ebenso danke ich meinem Freund L. Kappos, der im Rahmen seiner Dissertation an der Befragung der Nervenärzte beteiligt war, für die gute und anregende Zusammenarbeit.

Bei Frau R. Langer und Herrn H. Schraml bedanke ich mich für ihre Unterstützung bei der Gestaltung der äußeren Form dieser Arbeit, bei Frau E. Vogler und dem Personal der Universitätsbibliothek für ihre Hilfe bei der Literaturbeschaffung.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

AFLALO, M.: Le CRIT: Centre de réadaptation social et d'integration au travail.
Acta Psychiatrica Belgica 74, 630-641 (1974)

Aktionsprogramm psychiatrische Versorgung in Bayern - Erster bayerischer Landesplan zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter. Unveröffentlichte Kurzfassung der Ergebnisse der bisherigen Abstimmungsgespräche des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, München 1978

ANGERMEYER, M.: Möglichkeiten und Grenzen psychiatrischer Behandlung in der Nachtklinik.
Psychiatrische Praxis 1, 169-177 (1974)

ANSTEE, B.H.: An alternative to group homes.
The British Journal of Psychiatry 132, 356-360 (1978)

ANTHONY, W.A., BUELL, G.J., SHARRATT, S., ALTHOFF, M.E.: Efficacy of psychiatric rehabilitation.
Psychological Bulletin 78, 447-456 (1972)

Autorenkollektiv der Psychiatrischen Klinik Hannover: Die Tagesklinik der MHH.
Psychiatrische Praxis 1, 41-45 (1974)

BACH, O., FELDES, D., THOM, A., WEISE, K.: Sozialpsychiatrische Forschung und Praxis.
Leipzig; Thieme 1976

BAKER, F., SCHULBERG, H.C.: The development of a community mental health ideology scale.
Community Mental Health Journal 3, 216-225 (1967)

BARGEN, W.J. von: The effectiveness of the rehabilitation workshop in the rehabilitation of psychiatric patients: A review of the literature.
Catalog of selected Documents in Psychology
Sum. Vol. 2, 120 (1972)

BARKLEY, A.L., ROBINSON, P.: Ticket to reintegration.
Journal of Leisurability 2, 3-10 (1975)

BAUER, M.: Psychiatrie. Eine Einführung.
Stuttgart; Thieme 1973 (1. Auflage)

BAUER, M.: Bemerkungen zum Status quo der ambulanten und stationären Psychotherapie in der BRD.
Psychiatrische Praxis 2, 13-27 (1975)

BAUER, M., HERRMANN, H., SWOBODA, A.: Wohnheime für seelisch Behinderte: eine alternative Behandlungsmöglichkeit zum PkH; aufgezeigt am Beispiel der Wohnheime des Vereins zur Förderung seelisch Behinderter e.V. Hannover.
Psychiatrische Praxis 3, 45-52 (1976)

BAUER, M.: Sektorisierte Psychiatrie im Rahmen einer Universitätsklinik - Anspruch, Wirklichkeit und praktische Erfahrungen.
Stuttgart; Enke 1977

BAUER, M., LEHTOMIES, T.: Psychiatrische Dienste in einem Standardversorgungsgebiet (Sektor) - auf dem Weg zu einem integrierten Versorgungssystem.
Psychiatrische Praxis 4, 15-25 (1977)

BENNETT, D.H.: The day hospital. (Masch. Manuskript) 1968.
zit. nach Finzen, A.: Die Tagesklinik.
München; Piper 1977

BENNETT, D., FOX, C., JOWELL, T., SKYNNER, A.C.: Towards a family approach in a psychiatric day hospital.
The British Journal of Psychiatry 129, 73-81 (1976)

BERGENER, M., BEHRENDS, K., ZIMMERMANN, R.: Psychogeriatrische Versorgung in Nordrhein-Westfalen - Ergebnisse eines interdisziplinären Forschungsprojektes.
Psychiatrische Praxis 1, 18-33 (1974)

Bericht der Enquête-Kommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200 und 7/4201,
Bonn: 1975 (zitiert als "Bericht (1975)")

BLOOMBERG, S.: Problems associated with the introduction of a psychiatric unit into a rural general hospital.
American Journal of Psychiatry 130, 28-31 (1973)

BOSCH, G.: Zur Indikation tagesklinischer Behandlung.
Der Nervenarzt 42, 457-466 (1971)

BOSCH, G., HÄFNER, H., KULENKAMPFF, C.: Sozialpsychiatrische Teilhospitalisierungs- und Übergangseinrichtungen. Ausarbeitung der Expertenkommission im Auftrag des Aktionsausschusses zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke.
Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 5, 39-56 (1971)

BOSCH, G., PIETZCKER, A.: Nachbehandlung krankenhausentlassener schizophrener Patienten - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung.
In: Bericht: op.cit. 1975, Anhang, 354-360

BURKART, W.: Die Psychiatrie-Enquête war überflüssig.
Deutsches Ärzteblatt 76, 763-766 (1979)

CARMICHAEL, H.T., TEMPLETON, B., SMALL, S.M., KELLEY, P.R.: Results of the 1972 APA self-assesment program.
The American Journal of Psychiatry 131, 658-661 (1974)

CHRISTMAS, J.J.: Rehabilitation: General and special considerations.
Psychiatric Annals 4, 49-59 (1974)

CHU, F.D.: The Nader report: One author's perspective.
The American Journal of Psychiatry 131, 875 (1974)

CIOMPI, L., AGUÉ, C., DAUWALDER, H.-P.: Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker.
I.: Konzepte und methodologische Probleme.
Der Nervenarzt 48, 12-18 (1977)

CIOMPI, L., AGUÉ, C., DAUWALDER, H.-P.: Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker.
II.: Querschnittuntersuchung einer Population von chronischen Spitalpatienten.
Der Nervenarzt 49, 332-338 (1978)

CIOMPI, L., DAUWALDER, H.-P., AGUÉ, C.: Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker.
III.: Längsschnittuntersuchung zum Rehabilitationserfolg und zur Prognostik.
Der Nervenarzt 50, 366-378 (1979)

COHEN, L., BAUER, J.: A rehabilitation program for hopeless schizophrenics.
Hospital and Community Psychiatry 25, 311-314 (1974)

CRAMER, M. und GOTTWALD, P. (Hrsg.): VT in der Diskussion.
Sonderheft der GVT, München; Eigenverlag 1974

CRANACH, M. von: Extramurale psychiatrische Versorgungssysteme.
In: Kisker, K.P. u. Mitarb.: op.cit. 1975, Bd. III, 279-296

CRANO, W.D., BREWER, M.B.: Einführung in die sozialpsychologische Forschung - Methoden und Prinzipien.
Köln; Kiepenheuer und Witsch 1975

DANIELS, R.S.: Day and night hospitals.
In: Wolman, B.B. (Ed.): op.cit. 1977, Vol. 4, 11-15

DEGKWITZ, R.: Zur Planung und Verbesserung der Lage psychisch Kranker in der BRD - Planungs-Prinzipien - Synopsis vorliegender Pläne.
Der Nervenarzt 44, 585-593 (1973)

DEGKWITZ, R., HERMANN, K., LÄNGLE, S., LINDEN, K.-J., RIEDESSER, P., SCHULTE, P.W.: Zur Versorgung psychisch Kranker in England. Entwicklungen und Erfahrungen.
Der Nervenarzt 44, 509-514 (1973)

DEGKWITZ, R., SCHULTE, P.W.: Zur Tätigkeit der Nervenärzte und der Versorgung psychiatrisch Kranker und Behinderter in der BRD.
Spektrum der Psychiatrie und angrenzender Gebiete 2, 182-188 (1973)

Denkschrift der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Bezirkstagspräsidenten: Psychiatrische Krankenhausplanung und psychiatrische Versorgung der Bevölkerung in Bayern.
München: 1971 (zitiert als Denkschrift (1971))

DETTMERING, P.: Die Rolle des Sozialpsychiatrischen Dienstes bei der Betreuung psychisch Kranker.
Der Nervenarzt 44, 26-30 (1973)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie (DGPN): Rahmenplan zur Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik.
Deutsches Ärzteblatt 68, 2439-2445 und 2485-2490 (1971)

DILLING, H.: Gemeindepsychiatrie und Rehabilitation in England.
Der Nervenarzt 41, 277-286 (1970)

DILLING, H.: Vergleich der Rehabilitationseinrichtungen in England und der Bundesrepublik Deutschland.
In: Dörner, K. und Plog, U. (Hrsg.) op.cit. 1972, 89-106

DILLING, H.: Niedergelassene Nervenärzte in der psychiatrischen Versorgung.
Der Nervenarzt 48, 586-602 (1977)

DILLING, H., WEYERER, S.: Zur Behandlungsinzidenz und -prävalenz in drei Kreisen Oberbayerns.
In: Bericht: op.cit. 1975, Anhang, 361-381

DILLING, H., WEYERER, S.: Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrische Versorgung.
München, Wien, Baltimore; Urban & Schwarzenberg 1978

DINCIN, J.: Comparing the effectiveness of two rehabilitation-programs for former psychiatric patients.
Dissertation Abstracts International 38, 4448-4449 (1978)

DÖRNER, K., PLOG, U. (Hrsg.): Sozialpsychiatrie.
Neuwied und Berlin; Luchterhand 1972

DÖRNER, K., PLOG, U.: "Irren ist menschlich" - Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie.
Wunstorf; Psychiatrie-Verlag 1978

DU MAS, F.M.: Medical, nonmedical or antimedical models for mental health centers.
The American Journal of Psychiatry 131, 875-878 (1974)

EASTON, K.: Some psychodynamic considerations in the program development of Boerum Hill: A psychiatric halfway house.
Community Mental Health Journal 10, 395-401 (1974)

EDELSTEIN, E.L.: A psychiatric ward with its specific attitudes as a social system within the community of a general hospital.
Mental Health and Society 2, 275-281 (1975)

ERHARDT, H.E. (Hrsg.): Perspektiven der heutigen Psychiatrie.
Frankfurt/Main; Gerhards 1972

EKDAWI, M.Y.: The Netherne Resettlement Unit: Results of ten years.
The British Journal of Psychiatry 121, 417-424 (1972)

FÄHNDRICH, E.: Über die Arbeit eines Assistenten der Universitäts-Nervenklinik im Sozialpsychiatrischen Dienst des Berliner Bezirks Charlottenburg.
Der Nervenarzt 44, 581-584 (1973)

FÄHNDRICH, E., KRUCKENBERG, P., PONTZEN, W.: Befragung von Psychiatern in Praxis und Klinik zur gegenwärtigen Versorgungssituation psychiatrischer Patienten in Berlin. Psychiatrische Praxis 3, 214-221 (1976)

FEHRE, E.-M., MAHNKOPF, A., LUTSCHER, J.: Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften - ein Überblick über die Entwicklung. DGVT - Sonderheft. Tübingen; Eigenverlag 1979

FELDMAN, S., DAVIDOFF, I.: Halfway houses. In: Wolman B.B. (Ed.): op.cit. 1977, Volume 5, 306-309

FEUERLEIN, W.: Behandlung der Alkoholiker in der ärztlichen Praxis. Social Psychiatry 7, 36-46 (1972)

FEUERLEIN, W.: Alkoholismus. Stuttgart; Thieme 1975

FINZEN, A.: Dezentralisierung der psychiatrischen Krankenversorgung - notwendige Strukturreform oder "unrealistisches Wunschdenken"? Der Nervenarzt 43, 37-44 (1972)

FINZEN, A.: Hat die Tagesbehandlung in der BRD eine Chance? Psychiatrische Praxis 1, 33-35 (1974 a)

FINZEN, A.: Die psychiatrische Tagesklinik der Universitäts-Nervenklinik Tübingen. Psychiatrische Praxis 1, 57-62 (1974 b)

FINZEN, A.: Psychiatrische Dienste und die Beeinflussung von Schlüsselpersonen. In: Kisker, K.P. und Mitarb.: op.cit. 1975, Band III, 319-325

FINZEN, A.: Die Tagesklinik - Psychiatrie als Lebensschule. München; Piper 1977

FINZEN, A., SCHÄDLE-DEININGER, H.: Die Psychiatrie-Enquête - kurzgefaßt. Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie. Wunstorf; Psychiatrie-Verlag 1976

FOX, R., RUTTER, M., SMITH, E.B.O.: Psychiatric day hospitals. The Lancet 1960 I, 824-825

FOX, V., LOWE, G.D.: Day hospital treatment of the alcoholic patient.
Quaterly Journal on the Study of Alcohol 29, 634-641 (1968)

GLATT, M.M.: Erfahrungen in Großbritannien.
In: Steinbrecher, W., Solms, H. (Hrsg.): op.cit. 1975, VIII/45-62

GÖTTE, J.: Psychiatrie im Allgemeinkrankenhaus.
Deutsche Ärzteblatt 72, 1361-1366 (1975)

GOLAN, S., EISDORFER, C. (Eds.): Handbook of Community Mental Health.
New York: 1972

GOLDBERG, D.P., COOPER, B., EASTWOOD, M.R., KEDWARD, H.B., SHEPARD, M.: A standardized psychiatric interview for use in community surveys.
British Journal of Preventive and Social Medicine 24, 18-23 (1970)

GOLDMEIER, J., SAUER, R.H., WHITE, E.V.: A halfway house for mentally ill offenders.
The American Journal of Psychiatry 134, 45-49 (1977)

GRIESINGER, W.: Gesammelte Abhandlungen.
Berlin: 1872

GROPLER, H., BECKER, I.: Zur Entwicklung der psychiatrischen Außenfürsorge, dargestellt am Beispiel des Bezirkskrankenhauses Haldensleben.
Deutsches Gesundheitswesen 20, 1475-1479 (1965)

HÄFNER, H.: Rehabilitation bei Schizophrenen.
Der Nervenarzt 39, 385-389 (1968)

HÄFNER, H. (Hrsg.): Psychiatrische Epidemiologie.
Berlin, Heidelberg, New York; Springer 1978

HARMS, S.: Voraussetzungen für eine nachtklinische Behandlung.
Psychiatrische Praxis 1, 188-189 (1974)

HEIM, E., SCHMID, B.: Chronische Schizophrenie - noch aktuell? Untersuchungen zur Inzidenz, Begriffsbestimmung und Rehabilitation.
Social Psychiatry 7, 17-29 (1972)

HEINRICH, K.: Bleibt die Reform der Krankenhauspsychiatrie stecken?
Deutsches Ärzteblatt 76, 449-452 (1979)

HEINRICH, K., MÜLLER, U.: Psychiatrisch-soziologische Daten und Thesen zur Reform der Anstaltspsychiatrie als dem Kernstück der Psychiatriereform.
Der Nervenarzt 48, 578-585 (1977)

HELD, T.: Erfahrungen mit einem gemeindepsychiatrischen Zentrum in Paris.
In: Erhardt, H.E. (Hrsg.): op.cit. 1972, 45-54

HERZ, M.I., ENDICOTT, J., SPITZER, R., MESNIKOFF, A.: Day versus inpatient hospitalization: a controlled study.
The American Journal of Psychiatry 27, 1371-1381 (1971)

HIPPIUS, H., KANOWSKI, S.: Zum gegenwärtigen Stand der Gerontopsychiatrie in der Bundesrepublik.
Der Nervenarzt 45, 289-297 (1974)

HUHN, A.: Die Therapie von Sucht und Mißbrauch und deren Folgen im Rahmen von Landeskrankenhäusern.
In: Steinbrecher, W., Solms, H. (Hrsg.): op.cit. 1975, S. VI/35-55

HUTTANUS, A., KURZ, U., REDDEMANN, L.: Die Tagesklinik des Landeskrankenhauses Düren.
Psychiatrische Praxis 1, 39-41 (1974)

IRLE, G.: Eine psycho-geriatrische Tagesstätte.
Psychiatrische Praxis 1, 52-54 (1974)

JAKUBASCHK, J.: Zehn Jahre Tagesklinik in Heidelberg.
Psychiatrische Praxis 6, 1-6 (1979)

JAKUBASCHK, J., KLUG, J., WEYERER, S., DILLING, H.: Bedarf und Behandlungsbedürftigkeit - Überlegungen zur psychiatrischen Versorgung.
Psychiatrische Praxis 5, 203-211 (1978)

JANKE, M.: Der Ausverkauf findet nicht statt.
Psychiatrische Praxis 1, 116-123 (1974)

JOHNSTON, T.: Factors in the rehabilitation of ex-mental patients in halfway houses.
Dissertation Abstracts International 35, 2433 (1974)

JOLIVET, B.: The choices: The Paris society for aid to mental health: Psychiatric and social aftercare. Information Psychiatrique 49, 827-908 (1973)

KAPPOS, L.: Die ambulante psychiatrische Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte im weiteren Einzugsbereich der Universitäts-Nervenklinik Würzburg. Medizinische Dissertation, Würzburg 1980

KATSCHNIK, H.: Psychotherapiebedarf. Psychiatrische Praxis 2, 28-34 (1975)

KEUPP, H.: Prävention als neue Aufgabe der Klinischen Psychologie - Erfahrung mit dem Community Mental Health Program in den USA. In: Cramer, M., Gottwald, P.: op.cit. 1974

KISKER, K.P.: Eine Prognose der Psychiatrischen Therapeutik. Der Nervenarzt 44, 184-194 (1973)

KISKER, K.P.: Ausverkauf der Psychiatrie? Psychiatrische Praxis 1, 107-116 (1974)

KISKER, K.P., MEYER, J.-E., MÜLLER, M., STRÖMGREN, E. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band III: Soziale und angewandte Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York; Springer 1975 (2. Auflage)

KOMMER, D., SOMMER, G.: Psychiatriereform und Perspektiven der Gemeindepsychologie. In: Sommer, G., Ernst, H.: op.cit. 1977

KRYSPIN-EXNER, K.: Behandlung Suchtkranker im Rahmen von Spezialheilstätten. In: Steinbrecher, W., Solms, H.: op.cit. 1975

KUNZE, H.: Psychiatriereform zu Lasten der chronischen Patienten? Der Nervenarzt 48, 83-88 (1977 a)

KUNZE, H.: Komplementäre Dienste und Heime. Der Nervenarzt 48, 541-547 (1977 b)

LÄNGLE, S.: 7 Jahre Tagesklinik - Behandlung im psychiatrischen Landeskrankenhaus Winnenden. Psychiatrische Praxis 1, 67-71 (1974)

LANOI, J.: Development of a psychiatric, psycho-social center within a multi-faceted psychiatric facility. Psychosocial Rehabilitation Journal 2, 40-46 (1978)

LAUTER, H.: Epidemiologie der großen psychiatrischen Störungen.
In: Blohmke, M., Färber, Ch. von, Kisker, K.P., Schaefer, H. (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin, Band II, 374-447
Stuttgart; Enke 1977

LEAR, T., LEVINGTON, J.: A first volonteer case aid program in a mental hospital.
British Journal of Medical Psychology 51, 77-86 (1978)

LEHMAN, E.W., LEHMAN, E.: Psychiatrists and community mental health: Normative versus utilitarian incentives.
Journal of Health and Social Behaviour 17, 364-375 (1976)

LERNER, R., BLACKWELL, B.: The general practitioner as a psychiatric community resource.
Community Mental Health Journal 11, 3-9 (1975)

LEVENSON, A.: The community mental program.
In: Golan, S., Eisdorfer, C. (Eds.): op.cit. 1972, 687-689

LINN, W., CAFFEY, M.D., KLETT, C.J., HOGARTY, G.E.: Day treatment and psychotropic drugs in the aftercare of schizophrenic patients.
Archives of General Psychiatry 36, 1055-1066 (1979)

LINSKY, M.A., COOK, P.E.: Mental health professionals attitudes toward community mental health.
American Journal of Community Psychology 2, 193-198 (1974)

LITTLE, J.C. (Ed.): Psychiatry in a general hospital.
London; Butterworth & Co. 1974

LOEB, M.: Community psychiatry: What it is and what it is not.
In: Roberts, L.M. (Ed.): Community psychiatry.
New York; Anchor 1969, 235-250

LORENZEN, D., REIMER, F.: Alternativen für eine vollstationäre Behandlung psychisch Kranker.
In: Sommer, G., Ernst, H. (Hrsg.): op.cit. 1977, 212-224

Mc CAFFREE, K.M.: The cost of mental health care under changing treatment methods.
International Journal of Psychiatry 4, 142-161 (1967)

MAIN, T.F.: The Hospital as a Therapeutic Institution, Reprinted from the Menninger Clinic Bulletin,Vol. 10, No. 3, 1946 (zit. nach Finzen, A.: op.cit. 1977 und Wolman, B.B. (Ed.), op.cit. 1977, Vol. 5, 244)

MANN, W.C.: A quarterway house for adult psychiatric patients.
American Journal of Occupational Therapy 30, 646-647 (1976)

MASON, A.S.: Quarterway house.
In: Wolman, B.B. (Ed.): op.cit. 1977, Vol. 9, 339-342

MATAKAS, F.: Welche Behandlung für welche Alkoholiker? Eine Übersicht.
Psychiatrische Praxis 5, 143-148 (1978)

MAY, P.R.A.: Cost efficiency of treatments for the schizophrenic patient.
The American Journal of Psychiatry 127, 1382-1385 (1971)

MERCURI, G.: Social remission and working capability of schizophrenic patients.
Lavoro Neuropsichiatrico 55, 287-293 (1974)

MICHALAK, U., PETERMANN, H., WILD, H.-J.: Der Patientenklub als Form der ambulanten Nachbetreuung psychiatrischer Patienten.
In: Bach, O. und Mitarb.: op.cit. 1976, 176-183

MILECH, T.: Tageskliniken an Universitäts-Nervenkliniken der BRD.
Unveröffentlichtes Manuskript (1978)

MILECH, T., TORRES, D.: La reforme structurale de la psychiatrie en Republique Federale Allemande.
Unveröffentlichtes Manuskript (1979)

MÜLLER, P., HARTMANN, W.: Zur ambulanten Weiterbehandlung und Kurzstrecken-Prognose schizophrener Patienten nach der ersten Hospitalisierung.
Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 43, 210-220 (1975)

MÜLLER, U., BEHRENDS, K.: Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in Düsseldorf - Ein Erfahrungsbericht.
Psychiatrische Praxis 5, 212-221 (1978)

MURPHY, H.B.M.: Evaluation of community psychiatric programs. In: Kisker, K.P. und Mitarb.: op.cit. 1975, Band III, 361-386

NAGY, B.R.: Setting up a successful alcoholism treatment program in a hostile environment - a general hospital. Annals of the New York Academy of Science 273, 420-426 (1976)

NISKANEN, P.: Night hospital treatment. Psychiatria Fennica 57, 359-364 (1974)

OCHBERG, F.M., ZARCONE, V., HAMBURG, D.A.: Symposium on institutionalism.
Comprehensive Psychiatry 13, 91-104 (1972)

OESTERREICH, K.: Psychiatrie des Alterns.
Heidelberg; Quelle & Meyer 1975

OSSIANDER, V.: Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der psychosozialen Versorgung - Was hindert die Beteiligung an der Zusammenarbeit.
Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 40/41, 56-69 (1977)

OTT, B.: Wandlung im Krankengut einer nervenärztlichen Praxis.
Der Nervenarzt 45, 482-485 (1974)

PANZETTA, A.F., SLOANE, B., ARONSON, H.: A survey of attitudes of chairmen of departments of psychiatry toward community mental health.
The American Journal of Psychiatry 130, 175-178 (1973)

PHILIPZEN, H., SCHAAFHAUSEN, Ch., WEBER, M.: Aufbau eines dezentralisierten Systems zur Versorgung psychisch Kranker in einer Region.
Psychiatrische Praxis 4, 3-14 (1977)

RAVE-SCHWANK, M.: Die tagesklinische Behandlung in Heidelberg.
Psychiatrische Praxis 1, 45-51 (1974)

RAVE-SCHWANK, M., HÜNEKE, H.: Zur Rehabilitation chronisch Kranker - Eine Nachuntersuchung von psychiatrischen Tagesklinikpatienten.
Der Nervenarzt 50, 800-805 (1979)

REIMANN, H.: Kritische Betrachtung gemeindepsychiatrischer Programme in den USA.
In: Dörner, K., Plog, U.: op.cit. 1972, 107-117

REIMER, F.: Mehrjährige Erfahrungen mit flankierenden Einrichtungen eines psychiatrischen Krankenhauses. Psychiatrische Praxis 1, 63-66 (1974)

RICHOU, H., PERSEIL, A., ACKER, S.: Neuroses et psychiatrie de secteur. Annales Medico-Psychologiques 2, 183-189 (1977)

RÖMER, K.: Studie über die Tätigkeit niedergelassener Nervenärzte in der BRD. Spektrum der Psychiatrie und angrenzender Gebiete 6, 83-84 (1977)

ROTH, Ch., VELTIN, A.: Tagesbehandlung an der Rheinischen Landesklinik Rheydt. Psychiatrische Praxis 1, 54-56 (1974)

SCHEUCH, E.K.: Das Interview in der Sozialforschung. In: König, R. (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung. Stuttgart; Enke 1973 (3. Auflage) Band 2, 66-190

SCHRAPPE, O.: Gewöhnung und Süchte. Der Nervenarzt 39, 337-350 (1968)

SCHRENK, M.: Griesingers neuropsychiatrische Thesen und ihre sozialpsychiatrischen Konsequenzen. Der Nervenarzt 39, 441-450 (1968)

SCHWARZ, R., MICHAEL, J.: Zum Konzept von (psychischer) Behinderung. Der Nervenarzt 48, 656-662 (1977)

SHEPHERD, M.: "Überlegungen zur psychiatrischen Versorgungsstruktur: Das Beispiel Großbritannien". Die ärztliche Versorgung psychisch Kranker in der Bevölkerung. Der Nervenarzt 44, 505-508 (1973)

SLIPP, S.: The hospital without walls: An aftercare program for chronic schizophrenic patients. American Journal of Group Dynamic and Psychotherapy 6, 21-26 (1974-1975)

SMITH, C.M., Mc KERRACHER, D.G.: The comprehensive psychiatric unit in the general hospital. The American Journal of Psychiatry 121, 52-57 (1964)

SOLMS, H.: Grundprinzipien und aktuelle Sonderprobleme der Behandlung des chronischen Alkoholismus. In: Steinbrecher, W., Solms, H.: op.cit. 1975, VI/69-95

SOMMER, G., ERNST, H.: Gemeindepsychologie.
München, Wien, Baltimore; Urban & Schwarzenberg 1977

SOMMER, G., KOMMER, B., KOMMER, D., MALCHOW, C., QUACK, L.: Gemeindepsychologie. In: Pongratz, L. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie. Bd. 8: Klinische Psychologie. 2. Halbband. Göttingen, Toronto, Zürich; Hogrefe 1978, 2913-2979

STEINBRECHER, W., SOLMS, H. (Hrsg.): Sucht und Mißbrauch.
Stuttgart; Thieme 1975

STERN, M.S.: Social class and psychiatric treatment of adults in the mental health center.
Journal of Health and Social Behaviour 18, 317-325 (1977)

Stiftung Rehabilitation (Hrsg.): Neue Impulse zur beruflich-sozialen Eingliederung psychisch Behinderter.
Informationsdienst für Fachkräfte der Rehabilitation, Heidelberg; Eigenverlag August 1979

Stiftung Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation psychisch Behinderter - Funktion und Bedeutung von Übergangswohnheimen.
Heidelberg; Eigenverlag März 1979

STOTSKY, B.A., GOLDIN, G.J., MARGOLIN, R.J.: The physician and rehabilitation, a survey of attitudes.
Rehabilitation Literature 29, 295-299 (1968)

UCHTENHAGEN, A., PFÄFFLIN, E.: Tagesklinik Zürich.
Psychiatrische Praxis 1, 71-75 (1974)

VELTIN, A.: Gemeindenahe Psychiatrie - Notwendigkeit, Konzepte und Möglichkeiten der Verwirklichung.
Sozialpsychiatrische Informationen Heft 40/41, 41-45 (1977 a)

VELTIN, A.: Gemeindenahe Psychiatrie - Das psychiatrische Behandlungszentrum Mönchengladbach.
Psychiatrische Praxis 4, 213-222 (1977 b)

VERIMIS, J.S.: Therapeutic effectiveness of untrained volunteers with chronic patients.
Journal of Consulting and Clinical Psychology 34, 152-155 (1970)

VOLOVIK, V.M.: Die Frührehabilitation von schizophrenen Patienten (Voraussetzungen, Möglichkeiten und praktische Erfahrungen).
In: Bach, O. und Mitarb.: op.cit. 1976

WEINLAND, W.: Zur Rolle der niedergelassenen Nervenärzte für die Versorgung psychischer Erkrankungen und Störungen.
Spektrum der Psychiatrie und angrenzender Gebiete 4, 110-118 (1975)

WEINLAND, W., HOHEISEL, H.P., GROBE, E.: Psychiatrie - Heute und morgen.
Frankfurt/Main; Eigenverlag 1973

WEINLAND, W., HOHEISEL, H.P., RÖMER, K.: Ambulante psychiatrische Versorgung - Realitäten und machbare Verbesserungen.
Spektrum der Psychiatrie und angrenzender Gebiete 5, 26-32 (1976)

WEISE, K., BACH, O.: Zum Problem der Struktur des psychiatrischen Versorgungssystems.
In: Bach, O. und Mitarb.: op.cit. 1976

WEISE, K., PETERMANN, H.: Probleme der Arzt-Patient-Beziehung und die Entwicklung einer therapeutischen Gemeinschaft.
In: Bach, O. und Mitarb.: op.cit. 1976

WIELAND, W.F.: Proceedings: combined treatment of alcohol- and drug-dependent persons.
American Journal of Drug and Alcohol Abuse 3, 75-86 (1976)

WIERNASZ, M.J.: Quarter-way house program for the hospitalized mentally ill.
Social work 17, 72-77 (1972)

WING, J.K., COOPER, J.E., SARTORIUS, N.: Measurement and classification of psychiatric symptoms.
Cambridge; Cambridge University Press 1974

WING, J.K., HAILEY, A. (Eds.): Evaluating a community psychiatric service. The Camberwell Register 1964-1971.
London; Oxford University Press 1972

WINKLER, W.T.: Das psychiatrische Krankenhaus; organisatorische und bauliche Planung.
In: Kisker, K.P. und Mitarb.: op.cit. 1975, Band III, 230-253

WINSTON, A., PAPERNIK, D.S., BRESLIN, L., TREMBATH, P.: Therapeutic club for formerly hospitalized psychiatric patients.
New York State Journal of Medicine 72, 3027-3029 (1972)

WOLMAN, B.B. (Ed.): International Encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis and Neurology. New York: 1977

Würzburger Verein zur Förderung der Rehabilitation psychisch Kranker e.V.: Konzeptentwurf eines psychosozialen Arbeitskreises in Würzburg. Unveröffentlichtes Manuskript (1979)

ZEISEL, B.: Die Behandlung hirnorganisch abgebauter, krankheitsuneinsichtiger Alkoholiker. Psychiatrische Praxis 4, 108-113 (1977)

ZIMMER, D.: Sozialpsychiatrische Behandlungskombination im teilstationären und ambulanten Bereich: Definition und Vergleich. Psychiatrische Praxis 6, 63-71 (1979)

ZUMPE, V.: Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft. Psychiatrische Praxis 4, 26-37 (1977)

ZWERLING, I., WILDER, J.F.: An evaluation of the applicability of the day hospital in treatment of acutely disturbed patients. Israel Annals of Psychiatry 2, 162-185 (1964)

L e b e n s l a u f

Name:	Friedhold, Hanns Hempfling
Geburtsdatum:	29. Februar 1948
Geburtsort:	Treuchtlingen
Eltern:	Hans Hempfling, ev. Pfarrer i.R., Alma Hempfling, geb. Hühnlein, Kindergärtnerin

Ausbildungsgang:

1951 - 1959	Aufenthalt in Brasilien aus beruflichen Gründen des Vaters; dort erster Unterricht durch den Vater, dann in einer von ihm eingerichteten Schule.
1959:	Eintritt in die Volksschule in Neuendettelsau (Bayern).
1959 - 1961:	Besuch des humanistischen Gymnasiums in Windsbach.
1961 - 1969:	Besuch des naturwissenschaftlichen Gymnasiums in Gunzenhausen.
1966 - 1967:	Aufenthalt in den USA durch ein Stipendium des American Field Service; dort Besuch der High School in Lincoln, California, und deren Abschluß mit dem High School Diploma.
1969 - 1970:	Ableisten der Wehrpflicht.

Seit dem Wintersemester 1970/71 studiere ich Medizin an der Universität Würzburg; die ärztliche Prüfung habe ich im Juli 1977 abgelegt, die Approbation als Arzt im Oktober 1978 erhalten.

Seit dem Wintersemester 1973/74 studiere ich Psychologie an der Universität Würzburg; die Diplom-Prüfung habe ich im August 1979 abgelegt.

Ich strebe eine Ausbildung zum Facharzt für Nervenheilkunde an.

Würzburg, den 1. Februar 1980

Friedhold Hempfling

Dissertationsdruck
Schmitt & Meyer

Würzburg Ludwigkai 28a Tel. 7 23 80

Dissertationsdruck
Schmitt & Meyer

Würzburg Ludwigkai 28a Tel. 7 23 80